

Vergaderjaar 2021–2022

36 100 XVI

Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2021

Nr. 10

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 8 juni 2022

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 18 mei 2022 inzake over het Jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2021 (Kamerstuk 36 100 XVI, nr. 1)

De Ministers en Staatssecretaris hebben deze vragen beantwoord bij brief van 7 juni 2022. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Vraag 1

Hoeveel geld heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2021 uitgegeven aan transgenderzorg (zowel hormonale als chirurgische behandelingen)?

Antwoord:

De vergoeding van transgenderzorg vindt grotendeels plaats vanuit de Zorgverzekeringswet. Die kosten komen niet ten laste van de begroting van het Ministerie van VWS.

Vanuit de begroting heeft VWS in 2021 wel subsidies verstrekt in het kader van de Subsidieregeling Borstprothesen Transvrouwen. Het gaat om een totaalbedrag van € 451.940,00. Dit betreft het totaal van de verstrekte subsidies, exclusief de kosten die VWS heeft gemaakt voor de uitvoering van deze Subsidieregeling.

Vraag 2

Is u bekend hoeveel zorgverzekeraars in 2021 uitgaven aan transgenderzorg (zowel hormonale als chirurgische behandelingen)?

Antwoord:

Ik heb geen zicht op het totaalbedrag dat jaarlijks aan transgenderzorg wordt besteed. De zorg wordt gedeclareerd en geregistreerd met behulp van dbc-zorgproducten, die zijn gebaseerd op de behandeling die iemand ontvangt, niet op diens identiteit.

Vraag 3

Hoeveel geld gaf het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de jaren 2017, 2018, 2019, 2020 en 2021 uit aan transgenderzorg (graag uitsplitsen per jaar)?

Antwoord:

Zoals is aangegeven in het antwoord op vraag 1, vindt de vergoeding van transgenderzorg grotendeels plaats vanuit de Zorgverzekeringswet. Die kosten komen niet ten laste van de begroting van het Ministerie van VWS. Daarnaast zijn vanuit het Ministerie van VWS echter nog verschillende subsidies en opdrachten verstrekt om de transgenderzorg te verbeteren en toekomstbestendig te maken. Deze subsidies en opdrachten hebben onder andere betrekking op het werk van de kwartiermaker transgenderzorg, de uitvoering van de Subsidieregeling borstprothesen transvrouwen, het faciliteren van Genderpraatjes, de inzet van ervaringsdeskundigheid, het opstellen van de Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg Somatisch en de onderzoeken die momenteel lopen vanuit ZonMw. VWS heeft hieraan in de jaren 2017 tot en met 2021 het volgende uitgegeven: circa € 75.000 (2017), € 40.000 (2018), € 1.100.000 (2019), € 1.250.000 (2020), € 1.000.000 (2021).

Vraag 4

Hoeveel 24/7 Spoedeisende Hulp (SEH)-posten, SEH-artsen, IC-bedden, IC-verpleegkundigen, intensivisten, ambulances en ambulancemedewerkers had Nederland tien jaar geleden, vijf jaar geleden en hoeveel hebben we er nu?

Antwoord:**Aantal SEH's 24/7**

2011: 99*

2017: 89

2022: 80

** Cijfers van en voor 2014 zijn niet één-op-één vergelijkbaar met cijfers na 2014 omdat de manier van uitvragen verschillend is. Er werd bijvoorbeeld*

*minder specifiek onderscheid gemaakt tussen 24/7 en dag/avond openstelling. Van 2012 zijn geen gegevens bekend.
Bron: RIVM bereikbaarheidsanalyse SEH en acute verloskunde*

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

Aantal werkzame (=geregistreerde) SEH-artsen

1-1-2012: 252

1-1-2017: 511

1-1-2022: 648, met op dit moment nog 118 in de opleiding, dus die komen de komende jaren de arbeidsmarkt op.

Bron: navraag bij Capaciteitsorgaan

Aantal IC-bedden

Cijfers over het gemiddelde aantal IC-bedden in 2012 heb ik niet tot mijn beschikking. In 2017 waren er volgens de gegevens, afkomstig van de jaarverslagen van Stichting NICE (www.stichting-nice.nl), gemiddeld 1.209 IC-bedden qua materiaal en fysieke infrastructuur beschikbaar.

Op basis van het geactualiseerde Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) (https://www.lnaz.nl/cms/files/211101_actualisatie_opschalingsplan_covid-19_def.pdf), geeft het LNAZ aan hoeveel IC-bedden er landelijk beschikbaar en opgeschaald moeten zijn. Momenteel zijn er 1.008 IC-bedden operationeel (dd. 24-05-2022). Indien nodig kan er volgens het Opschalingsplan COVID-19 tot 1.350 IC-bedden worden opgeschaald.

Aantal werkzame IC-verpleegkundigen

2013: 5.738

2016: 5.220

2020: 4.977

Bronnen:

2013: Landelijke rapportage Ziekenhuisopleidingen 2014 van het Capaciteitsorgaan.

2016: Capaciteitsplan 2016, Deelrapport 8, FZO beroepen.

2020: persbericht van het Capaciteitsorgaan, augustus 2021 (<https://capaciteitsorgaan.nl/persbericht-10-06-2021-capaciteitsorgaan-publiceert-cijfers-over-aantallen-ic-verpleegkundigen-anesthesiemedewerkers-en-operatieassistenten-per-1-1-2021/>)

Aantal werkzame (=geregistreerde) intensivisten

Het Capaciteitsorgaan laat weten dat er op basis van gegevens van de NVIC in 2017 690 intensivisten werkzaam waren. Op dit moment zijn dat er ruim 900.

Aantal ambulances

2011: 711

2016: 780

2021: 900

Bron: Sectorkompas Ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland (AZN)

Aantal ambulancemedewerkers

2010: 5.209 medewerkers, verdeeld over 4.761 fte

2015: 5.730 medewerkers, verdeeld over 5.202 fte

2020: 6.541 medewerkers, verdeeld over 5.871 fte

Bron: Sectorkompas Ambulancezorg, Ambulancezorg Nederland (AZN)

Vraag 5

Hoeveel huisartsen, tandartsen, medisch specialisten en klinische bedden hebben we in Nederland per 1.000 inwoners en hoeveel hebben de overige Europese Unie (EU)-landen?

Antwoord:

De OECD rapporteert de volgende aantallen per 1000 inwoners voor de EU-landen plus het Verenigd Koninkrijk in onderstaande tabel. Een belangrijke kanttekening daarbij is dat internationale definities kunnen afwijken van de Nederlandse definities en dat voor het aantal tandartsen internationaal twee definities worden gebruikt. Daarmee zijn de cijfers niet zonder meer vergelijkbaar.

Tabel: Density per 1000 population, 2020 or nearest year (from 2018)

	General practitioners	Specialist medical practitioners	Practising dentists	Dentists licensed to practice	Hospital beds
Austria	0,75	2,97	0,58		7,2
Belgium	1,17	1,95	0,76	1,11	5,6
Czech Republic	0,69	3,24	0,73		6,6
Denmark		1,81	0,72	1,43	2,6
Estonia	0,72	2,64	0,98	1,39	4,5
Finland				1,08	3,4
France	0,87	1,77	0,63		5,8
Germany	0,72	3,39	0,85	1,21	7,9
Greece	0,35	5,04		1,26	4,2
Hungary	0,46	2,74	0,73	1,08	6,9
Iceland	0,6	2,27	0,8	1,21	2,8
Ireland	0,87	1,59		0,66	2,9
Italy	0,71	3,15	0,86	1,05	3,2
Latvia	0,72	2,55	0,71	0,94	5,4
Lithuania	0,91	3,54	0,95	1,37	6,4
Netherlands	0,89	2	0,55	0,59	3,1
Norway	0,87	2,15	0,91	1,43	3,5
Poland					6,2
Portugal	2,64	2,62		1,06	3,5
Slovenia	0,6		0,72		5,8
Spain	0,92	2,49		0,82	4,4
Sweden	0,64	2,6	0,81	1,76	3
Switzerland		2,26	0,41		2,1
United Kingdom	0,77	2,68	0,54		4,6

Bron: <https://stats.oecd.org/> en https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hospital-beds-2009-and-2019-or-nearest-year_51f9243e-en

Vraag 6

Wat is op dit moment de gemiddelde wachttijd voor iemand die op een behandeling wacht? Is dit hoger of lager dan in 2020?

Antwoord:

De gemiddelde wachttijd voor de 47 behandelingen waar de NZa een uitvraag naar doet, is momenteel 8,4 weken¹. In augustus 2021 is de nieuwe wachttijdregeling ingegaan. Dit betekent dat de huidige cijfers niet vergeleken kunnen worden met de cijfers over 2020.

Vraag 7

Hoeveel behandelingen met betrekking tot inhaalzorg zijn uiteindelijk uitgevoerd door ziekenhuizen en hoeveel door zelfstandige klinieken? Kan hier nog vooruitgang geboekt worden?

¹ NZa aggregaat naar gemiddelde wachttijd per behandeling per aanbieder, daarna naar landelijke wachttijd per behandeling en vandaar uit het gemiddelde voor de landelijke gemiddelde behandelwachttijd.

Antwoord:

Het is niet op individueel patiëntniveau te classificeren hoeveel uitgestelde zorg er geleverd is omdat er per individuele patiënt niet apart bijgehouden wordt of het gaat om uitgestelde zorg of om reguliere zorg. Wel monitort de NZa de werkvoorraad van de ziekenhuizen. Uit de monitor «Toegankelijkheid van Zorg» van de NZa (30 mei jl.)² komt naar voren dat de werkvoorraad van de ziekenhuizen in april 2022 niet is afgenomen. De productie in de ziekenhuizen ging in april 2022 richting het niveau van 2019. Dit betekent dat het ziekenhuizen is gelukt na de laatste Covid-golf hun productie fors op te schalen, maar dat nog geen sprake is van een echte inhaalslag. Verder blijkt uit de monitor dat zelfstandige klinieken begin 2022 circa 30% meer patiënten hebben gezien dan in dezelfde periode in 2019.

Om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk van de uitgestelde zorg zo snel mogelijk ingehaald kan worden, zal de NZa extra acties inzetten op vier onderdelen van het kader uitgestelde zorg. Het gaat om de volgende punten:

1. Versterking datapositie: De NZa kijkt op dit moment hoe zij goed zicht kunnen blijven houden op de werkvoorraad. Daarnaast doet de NZa een uitvraag bij de zelfstandige klinieken om zicht te krijgen op hoeveel extra zorg zij met bestaande capaciteit zouden kunnen leveren.
2. Goed wachttijdenmanagement: partijen in de regio moeten hierin goed samenwerken.
3. Sturing door zorgverzekeraars: om te beoordelen of zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen, zet de NZa een onderzoek op naar de mate waarin zorgverzekeraars met hun zorginkoop inzetten op het wegwerken van wachtlijsten in de medisch specialistische zorg.
4. Zorgbemiddeling: samen met zorgverzekeraars en de Patiëntenfederatie Nederland zal de mogelijkheid van zorgbemiddeling meer onder de aandacht gebracht worden bij mensen die wachten op zorg.

Op basis van deze onderdelen kan de NZa de voortgang nog beter monitoren en zo nodig aanvullende acties afspreken om de werkvoorraden te verlichten.

Vraag 8

Waarom rapporteert het jaarverslag niet over de administratieve lasten, regeldruk en overhead in de zorg, terwijl het verlagen daarvan een belangrijke beleidsdoelstelling is?

Antwoord:

Het verlagen van de administratieve lasten in de zorg is inderdaad een belangrijke beleidsdoelstelling. Op pp. 77 en 78 van het jaarverslag rapporteren wij over het programma [Ont]Regel de Zorg, de inzet van het kabinet op dit punt.

Vraag 9

Kan er een eenduidige definitie gegeven worden van de administratieve lasten, regeldruk en/of overhead in de zorg? Wat is kwantitatief de ontwikkeling hiervan over de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

Nee, dat is niet mogelijk. Er zijn verschillende definities te geven van elk van deze begrippen. Afhankelijk van de gekozen definitie zijn ze bovendien (deels) subjectief, in de zin dat de ervaren regeldruk of administratieve lasten als gevolg van een specifieke regel, afspraak of

² Monitor Toegankelijkheid van Zorg, NZa, 30 mei 2022 Monitor Toegankelijkheid van zorg – 30 mei 2022 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

procedure kan verschillen per individu. Dit kan bijvoorbeeld afhangen van de wijze waarop de regel is geïmplementeerd binnen de zorginstelling waar iemand werkt, of van de mate waarin iemand thuis is in de ICT-systemen die nodig zijn voor een bepaalde handeling. Regeldruk in de zorg is een complex en veelomvattend vraagstuk. Om die reden is er voor zover mij bekend geen eenduidig en objectief beeld beschikbaar van de ontwikkeling in de afgelopen tien jaar. Wel zijn er verschillende onderzoeken die herhaaldelijk met dezelfde opzet zijn uitgevoerd. In opdracht van VWS zijn bijvoorbeeld enkele merkbaarheidsscans uitgevoerd. In de voortgangsrapportage over het programma [Ont]Regel de Zorg van december 2020 is de toenmalige Minister voor Medische Zorg en Sport uitgebreid ingegaan op de uitkomsten daarvan (Kamerstuk 29 515, nr. 452). Ook private partijen hebben herhaalde onderzoeken uitgevoerd, bijvoorbeeld de Ontregelmonitor van VvAA of de Benchmark Care van Berenschot.

Vraag 10

Welke herhaalde kwantitatieve onderzoeken naar administratieve lasten, regeldruk en overhead worden er gedaan in de zorg en welke zouden daarvan goed te gebruiken zijn als indicator voor beleidseffectiviteit?

Antwoord:

Voor het eerste deel van de vraag verwijzen wij naar het antwoord op vraag 9. De Minister voor LZS komt voor de zomer met een vervolg op het programma [Ont]Regel de Zorg. Daarin gaat zij ook in op de monitoring van de beleidseffectiviteit.

Vraag 11

Hoeveel budgetplafonds zijn het afgelopen jaar ingesteld in de wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg (ggz) en in de ziekenhuizen? Was dit meer, hetzelfde of minder vergeleken met voorgaande jaren?

Antwoord:

In de Monitor contractering medisch-specialistische zorg 2020–2021³ gaat de NZa in op de vraag welk type financiële afspraak dominant is in de afspraken met zorgverzekeraars. Het merendeel van de ziekenhuizen (circa 50%) geeft aan dat een «omzetplafond» met zorgverzekeraars is afgesproken in 2021. Dit was circa 60% in 2020. Het aantal «aanneemsommen» neemt toe van circa 25% in 2020 tot circa 30% in 2021; dit kan te maken hebben met de (landelijke) afspraken over de financiële gevolgen van de coronacrisis. Het aandeel «vrij volume» blijft gelijk (minder dan 10%) en het aandeel «niet bekend» stijgt.

Voor de ggz en wijkverpleging is bekend dat in veel contracten een omzetplafond wordt afgesproken. De percentages zijn niet bekend.

Vraag 12

Hoe vaak zijn er behandelstops geweest op SEH's het afgelopen jaar?

Antwoord:

Niet alle ROAZ-regio's registreren consequent stops of hanteren dezelfde definities. Van 4 regio's zijn er betrouwbare, vergelijkbare data over SEH-stops (via Acut Zorgportaal). In de 4 regio's zijn er in 2021 in totaal 2.961 stops geweest. De NZa heeft laten weten dat er geen stijging gezien wordt in het aantal stops op de SEH en de duur van de stops. Wel was er invloed van de pandemie: tijdens de lockdowns waren er minder stops en nam de duur van de stops af.

³ Monitor medisch-specialistische zorg 2020–2021 | NZa-Magazines.

Vraag 13

Hoeveel winst is er afgelopen jaar gemaakt in de extramurale zorg?

Antwoord:

Ik beschik niet over de precieze informatie die u vraagt. Het jaar 2021 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 2017, 2018 en 2019.

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 geherinvesteerd worden in de zorg.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)

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

¹ Voorlopige cijfers.

Bron: CBS Statline

Vraag 14

Hoeveel particulieren zorginstellingen zijn er afgelopen jaar bijgekomen?

Antwoord:

Hier hebben wij op dit moment geen inzicht in. Deze informatie is opgevraagd bij het Landelijk Register Zorginstellingen, maar is nog niet door ons ontvangen.

Vraag 15

Hoeveel hedgefondsen zijn er op dit moment actief in de zorg?

Antwoord:

Ik heb geen overzicht van het aantal hedgefondsen dat op dit moment actief is in de zorg. De NZa brengt wel trends en ontwikkelingen rondom concentraties in de zorg in beeld met een analyse van al haar besluiten met betrekking tot de zorg specifieke concentratietoets sinds 2018, maar daarbij wordt niet specifiek naar hedgefondsen gekeken.

Vraag 16

Zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen toe- of afgenomen het afgelopen jaar?

Antwoord:

De meest recente beschikbare cijfers over sociaal-economische gezondheidsverschillen gaan tot het jaar 2020. Uit die cijfers blijkt dat mensen met een lager opleidingsniveau gemiddeld ruim 4 jaar korter leven en

bovendien ruim 14 jaar eerder te maken krijgen met een slechter ervaren gezondheid dan hoogopgeleiden.⁴ Cijfers over leefstijl (o.a. roken) en gezondheidstoestand (o.a. ervaren gezondheid en beperkingen) naar opleidingsniveau over het jaar 2021 komen in het derde en vierde kwartaal van 2022 beschikbaar. Het algemene beeld is dat de cijfers m.b.t. gezondheidsverschillen vrij stabiel zijn. De verschillen tussen hoger en lager opgeleiden zijn over de tijd vrij constant en nemen niet duidelijk toe of af.

Vraag 17

Gebruikt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport of haar uitvoeringsinstanties algoritmen bij de uitvoering van het werk? Kunt u een limitatieve lijst geven?

Antwoord:

De toepassing van algoritmen bij VWS en haar uitvoeringsorganisaties is in 2020 in beeld gebracht ten behoeve van het rapport «Aandacht voor Algoritmes» van de Algemene Rekenkamer (2021) (Bijlage bij Kamerstuk 26 643, nr. 737). Het Ministerie van VWS en haar uitvoeringsinstanties maken, zoals alle overheden, gebruik van algoritmen bij de uitvoering van het werk. Dit zijn voornamelijk relatief eenvoudige algoritmen, zoals het geautomatiseerd versturen van antwoordbrieven.

In het kader van de Parlementaire Ondervragingscommissie Kinderopvangtoeslagen (POK) zijn er meerdere moties ingediend waarin de koppeling tussen de POK en het beleid en de regelgeving omtrent algoritmen wordt gemaakt. Deze moties zien toe op het juridisch kader en methoden om transparantie over de inzet van algoritmen te bevorderen. Het Ministerie van VWS en haar uitvoeringsorganisaties zijn bij diverse interdepartementale werkgroepen betrokken voor de normering en toezicht op algoritmen (Beleidsagenda Normering en Toezicht Algoritmen, hierna: beleidsagenda). Deze beleidsagenda kent een breed aantal raakvlakken met andere ontwikkelingen (zoals bijvoorbeeld EU-wetgeving, ontwikkeling instrumentarium voor beleid/toepassing van algoritmen en de transparantie daarover). Over de voortgang en ontwikkelingen van deze beleidsagenda wordt de Kamer apart door de Staatssecretaris Koninkrijksrelaties en Digitalisering geïnformeerd.

Vraag 18

Zijn er op ICT-systemen en het verwerken van data binnen het ministerie en/of bij uitvoeringsinstanties Privacy Impact Analyses (PIA) of Gegevensbeschermingseffectbeoordeling (GEB) uitgevoerd in 2021? Kunt u deze rapportages naar de Kamer zenden?

Antwoord:

De gegevensbeschermingseffectbeoordeling wordt ook een Data Protection Impact Assessment (DPIA) genoemd. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport maakt gebruik van het Model DPIA Rijksdienst. Dit model is gebaseerd op de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Het doel van een DPIA is om vooraf de privacyrisico's van een gegevensverwerking in organisaties en van systemen in kaart te brengen, zodat maatregelen genomen kunnen worden om die risico's te verkleinen.

Vanwege privacy risico's van gegevensverwerking in organisaties en systemen, vertrouwelijke gegevens en de genomen maatregelen worden de DPIA's niet in hun geheel gedeeld. Uit inventarisatie blijkt dat in 2021 31 DPIA's zijn uitgevoerd. Hierbij ontvangt u een overzicht.

⁴ Zie <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting> en <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting-goed-ervaren-gezondheid>.

CoronaCheck fieldlabs
 CoronaCheck
 Corona Toegangsbewijs
 Long Covid onderzoek
 Vaccinatieregister CIMS selecteren en oproepen
 Inzage vaccinaties
 EU DCC Corona toegangsbewijzen
 IIVAC VIDO VIVO Vocaa
 Pienter Corona PICO
 CIMS ontsluiting Digital Green Certificate
 Vasco
 Corona KAT
 Wob verzoeken Chatberichten
 Wob verzoeken corona
 Q-koorts en Covid-19
 BI Tooling CIMS
 CIMS fase VII
 BRBA
 Zorg in onderwijstijd
 Empty werving en selectie
 Vital
 GLI
 Passyon
 Studentenmonitor
 Vega
 Wonen langs het spoor
 Neonatale Hiehprik Screening
 Arend – antibiotica resistentie bacterien
 IBIS Document en record mgt systeem
 Risicoverevening
 Bureau Opsporing en Boetes

Vraag 19

Hoeveel extern advies is er door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport in 2021 ingewonnen?

Antwoord:

De administratieve systemen van VWS zijn – conform rijksbrede voorschriften – niet zodanig ingericht dat deze vraag kan worden beantwoord. «Extern Advies» vormt geen aparte uitgavencategorie binnen de administratie en kan door de complexiteit van het systeem niet volledig en uitputtend worden opgeleverd.

Vraag 20

Wat is de verhouding fte als het gaat om externe krachten, vaste contracten en tijdelijke contracten op het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport en bij de diensten van het ministerie?

Antwoord:

VWS als concern (exclusief Zbo's) telde 5.736 fte in 2021. De verhouding vaste versus tijdelijke arbeidscontracten was 6 op 1 in 2021. Externe krachten worden niet in fte geregistreerd. Het is daardoor niet mogelijk de verhouding met externe krachten aan te geven.

Vraag 21

Welke onderzoeken zijn extern uitgevoerd in 2021 en door wie?

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.

Vraag 22

Hoeveel heeft het extern advies het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport en/of haar diensten gekost in 2021?

Antwoord:

De administratieve systemen van VWS zijn – conform rijksbrede voorschriften – niet zodanig ingericht dat deze vraag kan worden beantwoord. «Extern Advies» vormt geen aparte uitgavencategorie binnen de administratie en kan door de complexiteit van het systeem niet volledig en uitputtend worden opgeleverd.

Vraag 23

Hoe is de Chief Information Officer (CIO) bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport gepositioneerd?

Antwoord:

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het CIO-stelsel ingericht conform het Besluit CIO-stelsel Rijksdienst 2021. Naast de CIO op departementaal-niveau kennen ook de concernonderdelen en de beleidskern een eigen CIO.

De CIO is tevens directeur Informatiebeleid van VWS en is lid van de Bestuursraad Bedrijfsvoering (BRBV). Indien nodig, heeft de CIO rechtstreeks toegang tot de Bestuursraad van het departement.

De CIO VWS is verantwoordelijk voor het goed functioneren van het CIO-stelsel van het VWS concern. Als directeur Informatiebeleid is zij onder meer verantwoordelijk voor het bouwen aan een duurzaam informatiestelsel voor de zorg.

Vraag 24

Hoe analyseert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport zogenaamde «burgersignalen» die bij publieksvoorlichting binnenkomen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beantwoordt vragen van burgers via telefoon, mail, of webcare. Wanneer er veel vragen binnenkomen over hetzelfde onderwerp, wordt dit aan de beleidscollega's doorgegeven. Dit signaal kan aanleiding zijn om de informatievoorziening op www.rijksoverheid.nl over het onderwerp aan te passen of een uitlegvideo te maken.

Vraag 25

Krijgt en bespreekt u zelf deze «burgersignalen»?

Antwoord:

Wanneer er aanleiding toe is, dan worden deze signalen aan mij voorgelegd en besproken.

Vraag 26

Hoe bepaalt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport welke contacten en afspraken van de bewindspersonen publiek worden gemaakt? Welke handreiking ligt daarvoor bij de communicatie-afdeling?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS hanteert de uitvoeringsrichtlijn openbare agenda zoals deze door het kabinet-Rutte III in 2017 is vastgesteld en in 2021, na onder meer gesprekken met Open State Foundation, is geactualiseerd en door Voorlichtingsraad en SGO is vastgesteld. Uitgangspunt is dat alle afspraken met externe partijen openbaar worden gemaakt, tenzij de uitzonderingsgronden van de uitvoeringsrichtlijn van toepassing zijn.

Vraag 27

Welke kosten heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport gemaakt aan juridische procedures?

Antwoord:

Naast de juridische procedures waarbij de Landsadvocaat wordt ingeschakeld (zie het antwoord op vraag 28) kent VWS bestuursrechtelijke procedures in bezwaar en beroep – die veel inzet vragen van de directie Wetgeving en Juridische Zaken in overleg met de betrokken dienstonderdelen –, tuchtrechtelijke procedures waarbij de IGJ een rol speelt en klachtprocedures. Er bestaat binnen VWS geen centraal overzicht van de kosten die specifiek zijn toegespitst op deze juridische procedures.

Vraag 28

Wat heeft de inzet van de landsadvocaat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport gekost?

Antwoord:

In 2021 heeft het ministerie (exclusief agentschappen) € 3,5 miljoen uitgegeven aan de Landsadvocaat.

Vraag 29

Hoeveel geld heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn of Sport uitgegeven aan extern juridisch advies in zijn algemeenheid?

Antwoord:

In zijn algemeenheid heeft het Ministerie van VWS (exclusief agentschappen) in 2021 € 6,5 miljoen aan extern juridisch advies uitgegeven.

Vraag 30

Waarom is nergens in het jaarverslag een integraal coronahoofdstuk te vinden, terwijl hier vorig jaar door enkele Kamerleden om is gevraagd? Waarom is hiervoor niet gekozen? Bent u zich ervan bewust dat daardoor de informatie is versnipperd over allerlei hoofdstukken en er geen duidelijke aansluiting kan worden gemaakt met de bevindingen van de Algemene Rekenkamer? Bent u bereid een integrale coronarapportage 2021 op te stellen, waarin heel precies aansluiting wordt gezocht bij de bevindingen van de Algemene Rekenkamer?

Antwoord:

Er is vanwege de onzekerheid omtrent het coronavirus in 2020 niet besloten tot het scheiden van de corona gerelateerde uitgaven door een apart artikel te creëren binnen de begroting van VWS. Het is immers niet gebruikelijk om voor tijdelijke uitgaven een nieuw artikel aan te maken. Ik ben mij er ook niet van bewust geweest dat dit specifieke verzoek is gedaan. Er is wel telkens inzicht geboden door middel van een tabel in de

diverse begrotingsstukken toe te voegen, waar ook verwijzingen naar de betreffende artikelen zijn opgenomen.

U kunt in de bedrijfsvoeringsparagraaf van het VWS-jaarverslag cijfermatig aansluiting vinden op de cijfers die ook de Algemene Rekenkamer gebruikt (pagina 120 van het VWS-jaarverslag 2021). Tevens is hieronder een toelichting opgenomen in categorieën die aansluit bij het VWS-jaarverslag. Uiteraard ben ik bereid, indien u meer toelichting wenst, u deze te verstrekken. Voor een toelichting op de fouten en onzekerheden (onrechtmatigheden) omtrent de corona gerelateerde uitgaven wil ik u ook verwijzen naar de recent verstuurde kamerbrief (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 185) waarin eveneens een toelichting is opgenomen.

Vraag 31

Kan de Kamer via een «plus- en minanalyse» een gedetailleerde/gespecificeerde reconciliatie ontvangen dat het verschil in de uitgaven in 2021 ten opzichte van 2019 verklaart, aangezien deze zonder de corona-uitgaven met bij 40 procent zijn gestegen? Kan daarbij ook worden aangegeven waarom de stijging en daling heeft plaatsgevonden? Is een dergelijke reconciliatie-analyse met een materialiteit per post vanaf 50 miljoen euro haalbaar? En geldt dit ook voor een vergelijkbare analyse van de verplichtingen die, exclusief de corona-effecten, gestegen zijn van 21 miljard euro in 2019 naar 25 miljard euro in 2021? Kan de Kamer een dergelijke analyse ontvangen?

Antwoord:

In onderstaande tabel is de realisatie 2019 en 2021 opgenomen van de totale VWS-uitgaven en vervolgens per artikel. Hieruit blijkt dat er ten opzichte van 2019 € 15 miljard meer is gerealiseerd in 2021. Hiervan is € 8,2 miljard corona gerelateerde uitgaven 2021, waaronder uitgaven aan de GGD'en, GGD GHOR, testen voor toegang, vaccinaties, (zelf)test- en analysecapaciteit. Deze zijn grotendeels uitgevoerd onder artikel 1 en verklaart daar de toename van € 6,8 miljard. De overige corona gerelateerde uitgaven van € 1,4 miljard zijn verdeeld over de andere begrotingsartikelen, zoals ook is toegelicht in bijlage 5 van het VWS-jaarverslag. Het resterende bedrag wordt hoofdzakelijk verklaart op artikel 3 en betreffen een verhoging van de rijksbijdrage voor de Wet langdurige zorg (Wlz) met € 5,6 miljard en de bijdrage voor de tegemoetkoming in de kosten van kortingen (BIKK) met ca. € 390 miljoen. Vanwege de stijgende uitgaven in de Wlz en de afspraak om geen tekort in het fonds langdurige zorg toe te staan is ten opzichte van 2019 een grotere rijksbijdrage noodzakelijk. Voor de verplichtingen geldt dat er sprake is van een stijging van € 13,9 miljard ten opzichte van 2019. Dit betreft wederom met name de verplichtingen die zijn aangegaan voor de beheersing van het coronavirus en de verhoging van de rijksbijdrage voor de Wet langdurige zorg (Wlz) en de BIKK.

Uitgaven

Art.	Omschrijving	Realisatie x € 1.000		
		2019	2021	Verschil uitgaven
		Uitgaven	Uitgaven	
Totaal VWS-begroting		18.023.470	33.112.558	15.089.088
Beleidsartikelen				
1	Volksgezondheid	753.344	7.633.717	6.880.373
2	Curatieve zorg	3.112.272	3.476.461	364.189
3	Langdurige zorg en ondersteuning	6.110.787	12.186.970	6.076.183
4	Zorgbreed beleid	1.347.926	2.154.091	806.165
5	Jeugd	90.990	217.167	126.177
6	Sport en bewegen	324.147	685.680	361.533
7	Oorlogsgetroffenen en herinneringen WO II	257.151	225.204	- 31.947
8	Tegemoetkoming specifieke kosten	5.582.755	6.007.175	424.420
				0
Niet-beleidsartikelen				
9	Algemeen	34.922	33.426	- 1.496
10	Apparaatsuitgaven	409.176	492.661	83.485
11	Nominaal en onvoorzien	0	0	0

Verplichtingen

Art.	Omschrijving	Realisatie x € 1.000		
		2019	2021	Verschil verplichtingen
		verplichtingen	verplichtingen	
Totaal VWS-begroting		20.992.045	34.899.950	13.907.905
Beleidsartikelen				
1	Volksgezondheid	879.305	6.907.739	6.028.434
2	Curatieve zorg	3.157.588	3.387.494	229.906
3	Langdurige zorg en ondersteuning	8.301.599	14.790.146	6.488.547
4	Zorgbreed beleid	1.885.243	2.152.935	267.692
5	Jeugd	110.658	206.492	95.834
6	Sport en bewegen	365.217	678.620	313.403
7	Oorlogsgetroffenen en herinneringen WO II	252.091	211.985	-40.106
8	Tegemoetkoming specifieke kosten	5.582.755	6.007.175	424.420
Niet-beleidsartikelen				
9	Algemeen	46.405	25.343	- 21.062
10	Apparaatsuitgaven	411.184	532.013	120.829
11	Nominaal en onvoorzien	0	0	0

Vraag 32

«Kan de Kamer van de onderstaande zaken een specificatie op «itemniveau» ontvangen, met een materialiteitondergrens van 10 miljoen euro per item:

- 1514,1 miljoen euro aan fouten in de verplichtingen;
- 115,5 miljoen euro aan fouten en 485,6 miljoen euro aan onzekerheden in de corona-gerelateerde inkoop dossiers in de verplichtingen;
- 82,1 miljoen euro aan fouten in de staatssteun als onderdeel van de verplichtingen;
- 1955,1 miljoen euro aan fouten en onzekerheden in de uitgaven en ontvangsten;
- 1535,2 miljoen euro aan fouten en onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid en ordelijkheid van de uitgaven en ontvangsten;
- 787,1 miljoen euro aan fouten en onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid van afgerekende voorschotten;

- 1680,8 miljoen euro aan overschrijdingen in de verplichtingen met betrekking tot de begrotingsartikelen 3,4,7 en 8;
- 494,2 miljoen euro aan overschrijdingen in de uitgaven op begrotingsartikel 8;
- De volledige financiële verantwoording en afrekening met betrekking tot het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) over 2020/2021/2022?

Kunt u hierbij denken aan het volgende, namelijk dat items met een waarde van minder dan tien miljoen euro niet apart behoeven te worden gespecificeerd, dat onder «item» wordt verstaan een contract, een product, een onderneming, een garantie etc., dat de specificatie per item alle relevante details moet bevatten, namelijk de financiële omvang van uitgave of verplichting, bedrijf/organisatie/persoon, prestatie/service/product, gevolgd door proces en huidige status?»

Antwoord:

In onderstaand antwoord wordt per post een toelichting gegeven. De totalen sluiten niet volledig aan vanwege de gekozen grens van € 10 miljoen.

1) € 1.514,1 miljoen aan fouten in de verplichtingen

Het betreft hier de inkopen met een beroep op dwingende spoed of directe gunning ten aanzien van de GGD GHOR, laboratoria en aanschaf van zelftesten.

Leverancier	Financiële omvang afgerond in mln euro's zoals hieronder separaat toegelicht
GGD GHOR	€ 851
Laboratoria	€ 200
Zelftesten	€ 439

GGD GHOR

Met de GGD GHOR zijn acht dienstverleningsovereenkomsten (DVO) gesloten, de zes DVO groter dan € 10 miljoen worden hierna kort toegelicht. Voor alle geldt dat de overeenkomsten beëindigd zijn per 31-12-2021. De DVO's zijn in 2020 aangegaan en in 2021 verlengd. De overeenkomsten voor de periode juni–december 2020 zijn op basis van dwingende spoed tot stand gekomen. Bij de verlengingen in 2021 (januari/juli 2021 en juli/december 2021) is de onrechtmatigheid ontstaan. Mede op basis van de aanname dat er geen andere partij in de markt was die de betreffende opdracht zou kunnen uitvoeren, is door VWS de opdracht verlengd zonder een marktconsultatie/marktverkenning uit te voeren. Daarmee is de aanname niet conform de aanbestedingsregels verlengd en daarmee onrechtmatig.

Contract / opdracht	Leverancier	Financiële omvang afgerond in mln euro's
DVO Bron en contactonderzoek De geleverde dienst betreft het realiseren van bron- en contactonderzoek bij de beheersing van covid-19. Hiervoor is fte aangetrokken en zijn deze opgeleid om dit te doen conform het Protocol bron- en contactonderzoek Covid-19 van het RIVM.	GGD GHOR	€ 331
DVO Klant en Contact Centrum De geleverde dienst betreft het realiseren van een klantcontactcentrum, dat er toe uitgerust is een ieder die een «corona-test» wenst te ondergaan daarbij te helpen.	GGD GHOR	€ 196
DVO Vaccineren De geleverde dienst betreft de personele inzet van de programmalijn vaccinatie, het faciliteren van priklocaties, het faciliteren van toeleiding naar priklocaties en het ontwikkelen en realisatie van het registratiesysteem en koppeling naar datasystemen van het RIVM.	GGD GHOR	€ 256
DVO CoronIT De geleverde dienst betreft de gezamenlijke ontwikkeling, implementatie en ondersteuning van een proces-ondersteunend ICT-systeem dat gebruikt kan worden voor de uniforme registratie, planning en uitvoering van en de rapportage over de uit te voeren testprocessen.	GGD GHOR	€ 36
DVO Corona organisatie De geleverde dienst betreft het realiseren van het uitvoeren van de corona maatregelen door de landelijke GGD, bestaande uit onder andere het realiseren van coördinatie en ondersteuning in fte, zodat de regionale GGD'en op hun taakopdracht – bestrijding van de COVID-19 pandemie – voldoende worden ondersteund en toegerust.	GGD GHOR	€ 17
DVO Landelijke teststraten De geleverde dienst betreft de realisatie van het Landelijk Serviceloket Testen, dit betreft o.a. het zorgdragen dat er (XL)testlocaties en medewerkers zijn.	GGD GHOR	€ 15

Laboratoria

Met drie hoogvolumelaboratoria zijn in het najaar van 2020 contracten afgesloten welke in maart 2021 zijn verlengd met dwingende spoed. De laboratoria verzorgen de logistiek en analyse van afgenomen pcr-testen. De verlengingen zijn onrechtmatig omdat het Ministerie van VWS conform de Europese aanbestedingsregels tussen het najaar 2020 en het voorjaar 2021 een marktverkenning/ consultatie had moeten uitvoeren en/of een Europese aanbesteding kunnen starten. De contracten zijn in februari 2022 beëindigd en vervangen door contracten die wel Europees zijn aanbesteed. Het betreft hier de volgende contracten: Eurofins (107,5 miljoen) en Synlab Belgium S.L.R. (€ 92 miljoen)

Zelftesten

De aanschaf van zelftesten is in 2021 met een beroep op dwingende spoed tot stand gekomen. Er is achteraf geconstateerd dat het gebruik van dwingende spoed niet terecht was. Gedurende de lockdown van de winter 2020/2021 ontstond de behoefte om te kijken naar mogelijkheden om het onderwijs weer open te stellen. Eerst met pilots, maar die bleken moeilijk opschaalbaar.

In februari 2021 adviseerde het OMT op basis van de uitgevoerde validatiestudies om de markttoelating van zelftesten te stimuleren. Het deskundigenpanel Van der Zande heeft op verzoek advies gegeven over het opschalen van het gebruik van preventief testen binnen het onderwijs en in bedrijven. Het deskundigenpanel adviseerde om volledig in te zetten op het gebruik van zelftesten, al dan niet onder een vorm van verbale begeleiding.

Parallel werd besloten onderwijs veilig te heropenen onder andere door het gebruik van zelftesten tot aan de zomervakantie 2021. Voor het onderwijs gaat het dan om circa 2,9 miljoen leerlingen/studenten en circa 0,5 miljoen personeelsleden. Er ontstond daardoor op korte termijn een grote behoefte aan kwalitatief goede zelftesten en het traject om met ontheffingen zelftesten aan de Nederlandse markt toe te laten was pas net gestart.

Om snel verzekerd te zijn van kwalitatief goede antigeen zelftesten is er daarom, vooruitlopend op de ontheffingsprocedure, half maart 2021 gegund aan de 5 partijen waarmee VWS de raamovereenkomst antigeen sneltesten voor professionele afname had afgesloten (13 oktober op Tendered (TN284370)). Het betreft de zakenpartners Siemens, Roche, Becton Dickinson, Biosynex en Benelux Medical. Bij het komen tot raamovereenkomsten waren deze sneltesten al uitgebreid gevalideerd, waarmee VWS wist dat deze testen kwalitatief voldeden. Bij de gunning (voor de zelftesten) is het verkrijgen van een CE-markering of ontheffing als voorwaarde gesteld. Zonder een CE-markering of ontheffing mogen deze testen immers niet als zelftest ingezet worden. Het gaat hier om een order van 46,5 miljoen testen in totaal, voor iedere partij 9,3 miljoen testen.

Omdat in april 2021 bleek dat niet alle hiervoor genoemde vijf partijen tijdig een ontheffing of CE-certificaat konden verkrijgen, terwijl er wel op korte termijn behoefte was aan zelftesten ten behoeve van de scholen, zijn bij twee van de hiervoor genoemde vijf partijen en nog bij een andere partij die inmiddels een ontheffing hadden extra testen besteld. Het gaat dan om de testen van Roche, Biosynex en Acon. Omdat daarna bleek dat er nog meer testen nodig zouden zijn, zijn de benodigde zelftesten vervolgens bij nog twee andere partijen ingekocht aan wie inmiddels een ontheffing was verleend, waarbij het aantal benodigde testen gelijkelijk is verdeeld onder deze twee partijen.

Na ontvangst van de eerste grote leveringen zelftesten is gestart met de voorbereidingen voor een Europese aanbesteding. De opdracht voor de aanbesteding is definitief verstrekt op 21 juli 2021. De aanbesteding is gepubliceerd op 16 september 2021 en begin december 2021 definitief gegund. Er zijn hierbij reguliere termijnen gevolgd.

Omdat de besmettingen in het najaar zo hoog opliepen, ook in het onderwijs, is besloten tot een extra aankoop onder dwingende spoed van 13 miljoen zelftesten, met een levering voor begin december 2021. De toepassing van dwingende is onzeker verklaard. Hiervoor zijn bij alle aanbieders vanuit de aanbesteding die een rechtmatige inschrijving hadden offerte-aanvragen gedaan en zijn gunningen uitgegaan naar 3 leveranciers die zo snel konden leveren.

Overzicht aanschaf zelftesten:

Leverancier	Aantal Testen (opdracht)	Financiële omvang afgerond in mln euro's
Biosynex SWISS SA	9,3 mln	€ 53
Becton Dickinson	9,3 mln	€ 13
Siemens Healthcare Nederland B.V.	9,3 mln	€ 60
Benelux Medical B.V.	9,3 mln	€ 45
Roche Diagnostics Nederland B.V.	9,3 mln	€ 51
Core Supply Group B.V.	8,0 mln	€ 31
Cor Bladt Beheer B.V.	2,5 mln	€ 18
ACON Biotech (Hangzhou) Co., Ltd.	10,6 mln	€ 26
Core Supply Group B.V.	10,32 mln	€ 30
Core Supply Group B.V.	8,9 mln	€ 26
Siemens Healthcare Nederland B.V.	10,32 mln	€ 26
AEnerG Holding B.V.	12,32 mln	€ 23
Mediphos Medical Supplies B.V.	8,32 mln	€ 27
Mediq Nederland B.V.	6,32 mln	€ 10
Totaal		€ 439

2) € 115,5 miljoen aan fouten en € 485,6 miljoen aan onzekerheden in de corona-gerelateerde inkoop dossiers in de verplichtingen

In onderstaande tabel zijn de leveranciers opgenomen waarbij ten aanzien van de inkoopdossiers groter dan € 10 miljoen in de controle is geconstateerd dat onder andere de dossiervorming niet op orde was.

Leverancier	Omschrijving opdracht	Financiële omvang afgerond in mln euro's
Moderna Spain S.L.	Inkoop van vaccins. Betreft het ontbreken van een schriftelijke bevestiging van het Ministerie van VWS aan de leverancier voor een vaccin levering.	€ 157
Hamilton Medical Nederland B.V.	Het ter beschikking stellen van apparatuur aan laboratoria en het, via onderaannemers, op afroep verkopen en leveren van verbruiksartikelen aan laboratoria met een minimaal gegarandeerd volume.	€ 12
Breathomix B.V.	Het leveren van Spironoses en consumables ten behoeve van het testen op Covid-19.	€ 23
MolG3n	Aanschaf hardware en materialen ten behoeve van inzet Loop-mediated isothermal amplification (LAMP), een techniek waarmee Covid-19 testen kunnen worden uitgevoerd.	€ 43
EWC Diagnostics Trade B.V.	Het leveren van verbruiksartikelen voor het testen op het Covid-19. Onderdeel van de opdracht is een afnamegarantie.	€ 24
MolG3n	Het leveren van verbruiksartikelen voor het testen op Covid-19 virus. Onderdeel van de opdracht is een afnamegarantie.	€ 10
Unie van Waterschappen	Het bemonsteren van de rioolzuiveringsinstallaties zodat de monsters geanalyseerd kunnen worden op aanwezigheid van het SARS-CoV-2	€ 15
Loveland Events	Opdracht voor de bouw en gebruik van (X)L-testpaviljoens. Tevens mogelijk maken van de locatie voor het zetten van vaccinaties.	€ 54

3) € 82,1 miljoen aan fouten in de staatssteun als onderdeel van de verplichtingen

Het betreft fouten die zijn toe te rekenen aan staatssteunproblematiek. Het gaat om twee posten op twee begrotingsartikelen. Op artikel 2, gaat het om de Instellingssubsidie Stichting Pallas € 45 miljoen. Op artikel 4 betreft het de Stichting RegioPlus Arbeidsmarkt zorg en welzijn. Hier is geen melding gedaan in het kader van Algemene groepsvrijstellingsverordening (AGVV) € 22,5 miljoen. De andere vijf items zijn allen kleiner dan € 10,0 mln.

4) € 1.955,1 miljoen aan fouten en onzekerheden in de uitgaven en ontvangsten

Het betreft fouten en onzekerheden op de uitgaven die zijn ontstaan als niet aangetoond kan worden dat er een factuur is ingediend en betaald wordt conform de gemaakte afspraken in de overeenkomsten en de levering er is.

Het betreft hier de volgende posten, die in onderstaande tabel zijn opgenomen:

Leverancier	Omschrijving per opdracht	Financiële omvang
Acht hoog volume laboratoria gecontracteerd, te weten: Stichting Saltro, P.G.L. Finance B.V., Fenelab Consortium, How Are You Diagnostics B.V., Technisch Laboratorium Rotterdam, Eurofins, U-Diagnostics B.V., Synlab Belgium S.L.R.	Analyse pcr-19 testen door laboratoria. Oorzaak van de onzekerheid is dat voor de controle op de aantallen rapportages uit Coron-IT gebruikt worden welke nog niet gevalideerd zijn.	€ 927
Daarnaast zijn er ook 51 micro medische laboratoria gecontracteerd. Dit zijn veelal laboratoria die gelieerd zijn aan ziekenhuizen en GGD'en Diversen, zie eerder opgenomen overzicht met leveranciers.	Aanschaf zelftesten, er is geen volledige aantoonbare aansluiting tussen overeenkomst, levering en factuur.	€ 316

Leverancier	Omschrijving per opdracht	Financiële omvang
Diversen, er zijn geen individuele personen die € 10 miljoen of meer hebben ontvangen.	Uitbetaling zorgtoeslag, de onzekerheid is voornamelijk gerelateerd aan het fiscaal partnerschap en het bankrekeningnummer waarbij het onzeker is of er teveel toeslag is toegekend en een onzekerheid als gevolg van het gebruik van data-analyse bij de controle.	€ 242
Stichting Open Nederland, Intravacc	Voorschoten verstrekt > 0,5 mln. In strijd met comptabele regelgeving.	€ 98
Mölgén,		€ 36
Breathomix		€ 33
Diversen, er zijn geen individuele bedrijven / organisaties / personen die € 10 miljoen of meer hebben ontvangen.	Open house regeling snel- en preventief testen.	€ 24
	bedoeld voor het symptomatisch / preventief testen van werknemers waar thuiswerken of 1,5 meter afstand houden niet mogelijk is.	€ 106

5) € 1.535,2 miljoen aan fouten en onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid en ordelijkheid van de uitgaven en ontvangsten

In onderstaande tabel is een toelichting opgenomen van de fouten en onzekerheden.

Leverancier	Omschrijving opdracht	Financiële omvang in mln euro's
Diversen, Er zijn acht hoog volume laboratoria gecontracteerd, te weten: Stichting Saltro, P.G.L. Finance B.V., Fenelab Consortium, How Are You Diagnostics B.V., Technisch Laboratorium Rotterdam, Eurofins, U-Diagnostics B.V., Synlab Belgium S.L.R. Daarnaast zijn er ook 51 micro medische laboratoria gecontracteerd. Dit zijn veelal laboratoria die gelieerd zijn aan ziekenhuizen en GGD'en	Analyse pcr-19 testen door laboratoria. Oorzaak van de onzekerheid is dat voor de controle op de aantallen rapportages uit Coron-IT gebruikt worden welke niet gevalideerd zijn.	€ 927
Diversen, zie eerder opgenomen overzicht met leveranciers.	Aanschaf zelftesten, er is geen aantoonbare aansluiting tussen overeenkomst, levering en factuur.	€ 316
Diversen, er zijn geen individuele bedrijven / organisaties / personen die € 10 miljoen of meer hebben ontvangen.	Open house regeling snel- en preventief testen.	€ 106
	bedoeld voor het symptomatisch / preventief testen van werknemers waar thuiswerken of 1,5 meter afstand houden niet mogelijk is.	

6) € 787,1 miljoen aan fouten en onzekerheden met betrekking tot de rechtmatigheid van afgerekende voorschotten

In onderstaande tabel is een toelichting opgenomen van de fouten en onzekerheden van de afgerekende voorschotten.

Leverancier	Omschrijving opdracht	Financiële omvang in mln euro's
Diversen, er zijn geen individuele bedrijven / organisaties / personen die € 10 miljoen of meer hebben ontvangen.	Subsidie Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuishouding. De onzekerheid wordt veroorzaakt doordat er gekozen is een beoordelingsverklaring te vragen in plaats van een controleverklaring.	€ 193
Diversen, er zijn geen individuele bedrijven / organisaties / personen die € 10 miljoen of meer hebben ontvangen.	Dit maakt dat in mindere mate van zekerheid vastgesteld kan worden of de verleende subsidie terecht verleend is.	
Stichting Publieke Gezondheid, GGD GHOR	Afrekening subsidieregelingen in de sportsector. De controlebaarheid van de regeling leidt tot onzekerheid voor wat betreft de rechtmatigheid van de uitkeringen	€ 172
Diversen, er zijn geen individuele personen die € 10 miljoen of meer hebben ontvangen.	Afrekening verstrekte voorschotten 2020. Afrekening is onzeker omdat de Stichting over 2020 geen goedkeurende accountantsverklaring bij haar jaarrekening heeft ontvangen.	€ 167
	Afrekening verstrekte voorschotten zorgtoeslag.	€ 140

7) € 1.680,8 miljoen aan overschrijdingen in de verplichtingen met betrekking tot de begrotingsartikelen 3,4,7 en 8

De overschrijdingen in de verplichtingen met betrekking tot de begrotingsartikelen 3,4,7 en 8 zijn toegelicht in de memorie van toelichting bij de Slotwet. Voor de volledigheid is deze toelichting in de onderstaande tabel toegevoegd. Vanuit de Rekenkamer zijn deze bedragen opgenomen, omdat deze nog autorisatie van het parlement vragen. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat hier geen sprake is van onrechtmatigheden.

Artikel	Omschrijving
3	De verhoging van de verplichtingen van € 852 miljoen kan voor het grootste deel worden verklaard door het ophogen van het verplichtingenbudget op het instrument bekostiging met totaal € 763 miljoen. Deze verhoging hangt samen met het reeds in 2021 vastleggen van de betalingsverplichting 2022 van de Rijksbijdrage Wlz (verhoogd met € 0,7 miljard) en de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK, verhoging met € 62,5 miljoen). Dit is in de Veegbrief 2021 (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 160) gemeld.
4	De verhoging van de verplichtingen van € 152 miljoen wordt verklaard door de hogere uitgaven van € 300 miljoen en daarmee samenhangende verplichtingen voor subsidies Sectorplanplus zoals gemeld in de Veegbrief 2021 (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 160).
7	De hogere verplichtingen van € 182 miljoen komt door een jaarlijks terugkerende inkomensoverdracht aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Het betreft de verplichting aan de Sociale Verzekeringsbank die de uitvoering voor het Ministerie van VWS jaarlijks verzorgt voor de uitkering en pensioenen voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen WO II. Hiertoe is eind 2021 de verplichting voor de uitvoering in 2022 aangegaan.
8	De € 494 miljoen hogere verplichtingen zijn te verklaren door de hogere uitgaven aan de zorgtoeslag.

8) € 494,2 miljoen aan overschrijdingen in de uitgaven op begrotingsartikel

De overschrijdingen in de uitgaven met betrekking tot de begrotingsartikel 8 is toegelicht in de memorie van toelichting bij de Slotwet. Vanuit de Rekenkamer zijn deze bedragen opgenomen, omdat deze nog autorisatie van het parlement vragen. Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat hier geen sprake is van onrechtmatigheden.

Artikel	Omschrijving
8	In de Veegbrief 2021 (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 160) is op basis van inschattingen van de belastingdienst toeslagen zowel de uitgavenraming als de ontvangstenraming voor zorgtoeslag met € 460 miljoen verhoogd. Ten opzichte van die ramingsbijstelling blijkt de uitgavenrealisatie € 35,8 miljoen hoger te zijn in de Slotwet.

9) De volledige financiële verantwoording en afrekening met betrekking tot het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH)

De financiële verantwoording en afrekening van Mediq/LCH is nog niet vastgesteld. De planning is dat dit in het 3^e kwartaal 2022 zal gebeuren. Nadat dit is vastgesteld kan ik uw Kamer hierover informeren.

Vraag 33

Klopt het dat een meerjarig inzicht in de ontwikkeling en planning van medewerkers ontbreekt? Kunt u dit aan de Kamer doen toekomen? Kunt u hierbij met terugwerkende kracht over de periode van 2015–2021 onderscheid maken in de in- en uitstroom van medewerkers, ziekteverzuimpercentages etc.? Kunt u hierbij onderscheid maken voor de functies specialisten/dokters, IC- en MC-verpleegkundigen, operatieassistenten en verpleegkundigen? Kunt u ook over dezelfde periode inzicht geven over de ontwikkeling van de bemensbare IC-capaciteit bedden, de capaciteit

aan bedden in alle ziekenhuizen in het algemeen, het aantal bemensbare operatie kamers, inclusief de bezettingsgraad van deze capaciteiten per jaar?

Antwoord:

Er is een zowel een meerjarig inzicht in de ontwikkeling als de planning van medewerkers. Beide zijn echter niet opgenomen in het jaarverslag. Via het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) wordt al jarenlang veel informatie verzameld over de arbeidsmarkt in de sector Zorg en Welzijn. Hiermee is er een uitgebreid meerjarig inzicht in onder andere de ontwikkeling van het aantal werknemers, fte, in- en uitstroom in de sector, ziekteverzuim, in- en uitstroom in de opleidingen. Deze informatie is te vinden op www.azwstatline.cbs.nl

In onderstaande tabel is het aantal werknemers, in- en uitstroom en het ziekteverzuim weergegeven in de periode 2015–2021.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Werknemers ¹	1.144.900	1.147.400	1.170.900	1.202.800	1.245.900	1.279.100	1.300.000
Instroom ²	115.870	120.770	135.820	146.700	156.780	148.390	149.080
Uitstroom ²	131.220	118.530	112.430	114.720	113.190	114.790	127.820
Ziekteverzuim ³	5,0%	5,1%	5,3%	5,7%	5,7%	6,4%	6,8%

¹ Peildatum voor het aantal werknemers is 4^e kwartaal 2021. Het gaat om seizoensgecorrigeerde aantallen.

² De in- en uitstroom betreft de in- en uitstroom in het 4^e kwartaal van elk jaar t.o.v. het 4^e kwartaal het jaar daarvoor.

³ Het verzuim is het gemiddelde verzuim in een jaar.

Bron: AZW Statline.

Er zijn geen specifieke cijfers over verpleegkundigen en MC-verpleegkundigen. Wel is er meer bekend over het aantal artsen, IC-verpleegkundigen en operatieassistenten:

- Artsen (inclusief basisartsen):
 - o 69.482 registraties in het BIG-register in 2018 (bron: BIG register)
 - o 78.318 registraties in het BIG-register in 2022 (bron: BIG register)
- Geregistreerde artsen met een erkende specialistische vervolgopleiding of een profielopleiding:
 - o 44.593 registraties bij de RGS in 2016 (bron: RGS)
 - o 49.416 registraties bij de RGS in 2020 (bron: RGS)
- Medisch specialisten:
 - o Instroom in het RGS, 2017–2021: 5.968 (bron: RGS)
 - o Uitstroom uit het RGS, 2017–2021: 3.173 (bron: RGS)
- IC-verpleegkundigen:
 - o 4.977 IC-verpleegkundigen eind 2020 (bron: PERSBERICHT 26-08-2021 (aangepast); Capaciteitsorgaan publiceert cijfers over aantallen IC-verpleegkundigen, Anesthesiemedewerkers en Operatieassistenten per 1-1-2021. – Capaciteitsorgaan).
 - o 5.220 IC-verpleegkundigen in 2016 (bron: Capaciteitsplan 2016, Deelrapport 8, FZO beroepen)
- Operatieassistenten:
 - o 5.172 operatieassistenten in 2016 ((bron: Capaciteitsplan 2016, Deelrapport 8, FZO beroepen)
 - o 5.156 operatieassistenten in 2020 (bron: Capaciteitsplan 2020–2023, Deelrapport 8, FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen)

Wat de planning van medewerkers betreft bevat AZW ook een jaarlijkse arbeidsmarktprognose. Deze geeft inzicht in verwachte tekorten op de arbeidsmarkt in de komende tien jaar voor specifieke beroepen in de sector Zorg en Welzijn. De resultaten van de prognose zijn te vinden op www.prognosemodelzw.nl. Het Capaciteitsorgaan adviseert aan de overheid en het veld over de jaarlijkse instroom in erkende medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen, alsmede voor enkele beroepen in de

ggz, medisch ondersteunende beroepen en specialistisch verpleegkundigen. Daarnaast adviseert het Capaciteitsorgaan ook over de instroom in enkele initiële opleidingen, zoals geneeskunde en tandheelkunde. Van al deze opleidingen geeft het Capaciteitsorgaan aan, wat de benodigde jaarlijkse instroom zou moeten zijn om aan de zorgvraag op langere termijn te kunnen (blijven) voldoen. De ramingen van het Capaciteitsorgaan verschijnen voor de meeste opleidingen elke drie jaar, voor enkele kortere opleidingen elke twee jaar. De opleidende partijen weten zodoende over een reeks van jaren waar zij aan toe zijn en wat van hen wordt verwacht.

Wat betreft IC-capaciteit wordt in onderstaande tabel het gemiddeld aantal geaccrediteerde IC-bedden in de ziekenhuizen voor de jaren 2015–2018 weergegeven. Deze gegevens zijn afkomstig van de jaarverslagen van Stichting NICE (www.stichting-nice.nl).

Jaar	Aantal IC-bedden (NICE)
2015	1.210
2016	1.191
2017	1.209
2018	1.208

Op basis van informatie uit visitatierapporten van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en uit jaarverslagen en andere publicaties van ziekenhuizen is door LNAZ vastgesteld dat er aan het begin van 2020 voor de coronapandemie in Nederland 1150 IC-bedden qua materieel en fysieke infrastructuur beschikbaar waren (Opschallingsplan Covid-19, LNAZ). De beschikbaarheid en inzet van IC-bedden is afhankelijk van de beschikbaarheid van zorgprofessionals en de doorgang van de noodzakelijke reguliere zorg.

Verder waren er in 2015 42.600 ziekenhuisbedden en in 2018 waren dit er 39.900. Dit kerncijfer betreft het aantal bedden in universitaire ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra. Dit is inclusief wiegen voor gezonde zuigelingen en IC-bedden. Bedden op de afdeling psychiatrie (PAAZ/PUK) zijn niet meegeteld. Bedden in zelfstandige behandel centra, voor zover niet onderdeel van een ziekenhuisconcern, zijn ook niet meegeteld. (bron: De Staat van Volksgezondheid en Zorg).

Tot slot zijn mij geen cijfers bekend over het aantal operatiekamers of gegevens over de bezettingsgraad van de genoemde capaciteiten.

Vraag 34

Is het zo dat de apparaatsuitgaven van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zoals vermeld in tabel 16, 17 en 18, vanaf 2017 een zeer significante stijging laten zien? Klopt het dat de kosten voor het departement met 53 procent naar 493 miljoen euro zijn gestegen en de kosten voor de agentschappen, met name door het RIVM, met 67 procent naar 77 miljoen euro? Klopt het dat deze stijgingen al voor de coronacrisis waren ingezet?

Wat zijn de genormaliseerde uitgavenniveaus voor de apparaatskosten? Met andere woorden, wat is de projectgebonden dan wel coronageleerde component in de uitgaven? Hoe beoordeelt u of de extreme uitgavenstijgingen gefundeerd zijn en welke output daar tegenover staat?

Antwoord:

Er is, zoals de tabellen 16 t/m 18 van het Jaarverslag laten zien, inderdaad sprake van een stijging van de apparaatskosten tussen 2017 en 2021. De

apparaatskosten voor het kerndepartement, de inspectiediensten en Raden laten in deze periode een stijging zien van 53%. De apparaatskosten van de drie onder eigenaarschap van VWS vallende agent-schappen laten in dezelfde periode een stijging zien van per saldo 68% tot ca. € 774 mln. In absolute bedragen is de stijging bij het RIVM het grootste (+ € 257 mln.). Er is sprake van een jaarlijkse stijging over deze periode, al is het grootste deel van de stijging met name in de corona-jaren 2020 en 2021 gerealiseerd.

De uitgavenniveaus zonder corona-gerelateerde uitgaven voor de apparaatskosten zijn niet zonder meer uit de administratie te herleiden. Binnen VWS is sprake van een aantal specifieke corona-gerelateerde dienstonderdelen, waarvan de apparaatskosten rechtstreeks aan corona toegerekend kunnen worden. Zo is er budget beschikbaar gesteld voor de personele invulling bij Dienst Testen. Daarnaast zijn noodzakelijke uitgaven gedaan voor de ontwikkeling van digitale oplossingen (zoals apps) en in het kader van de openbaarmaking / afhandeling WOB-verzoeken heeft inhuur plaatsgevonden. Verder is extra communicatie-inzet gedaan en is personeel ingezet ter voorbereiding van een parlementaire enquête. Ook is uit de opdrachtverlening aan agent-schappen specifieke corona-opdrachten te achterhalen. Maar voor de overige dienstonderdelen is geen systematisch onderbouwing aanwezig van de inzet ten behoeve van corona, door bijvoorbeeld een tijdschrijfsysteem. Voor projectgebonden uitgaven is de wijze van opdrachtverlening bepalend of deze uitgaven als apparaatsuitgaven, dan wel als programma-uitgaven worden geadministreerd. De personele uitgaven leiden tot het beleid van het Ministerie van VWS.

De onderbouwing van de uitgaven en de controle op de daadwerkelijke geleverde prestaties m.b.t. de uitgaven wordt volgens de geldende comptabele regelgeving door VWS geadministreerd. Hierop wordt in het kader van de jaarrekeningcontrole door de Auditdienst Rijk en de Algemene Rekenkamer een controle/audit gedaan.

Vraag 35

Klopt het dat de inhuur van externen in de afgelopen jaren zeer sterk is gestegen bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport? Kunt u uitleggen waarom de uitgave van 13 miljoen euro aan financiën, administratie en accountancy voldoende is, gezien de enorme problemen in het financieel beheer? Hoe wordt de output van de inhuur van externen in zijn algemeenheid gemeten?

Antwoord:

Ja, de inhuur van externen is toegenomen in het afgelopen jaar. Dit wordt met name verklaard door de werkzaamheden die binnen het Ministerie van VWS en de uitvoeringsdiensten in het kader van de beheersing van het coronavirus zijn opgepakt. Het betreft externe inhuur binnen de directies Communicatie, PDC-19, de dienst Testen, de inhuur van WOB-juristen om te voldoen aan de vele wob-verzoeken, de inhuur voor digitale ondersteuning voor het coronabeleid en de communicatie rondom het coronavirus. Vanuit de uitvoering was er ook sprake van extra inhuur, bijvoorbeeld voor DUS-I voor de uitvoering van subsidieregelingen. Zowel het aantal regelingen was door corona groter, waarvoor vanwege de verwachte tijdelijke aard is ingehuurd, maar ook de ontwikkeling van het subsidieplatform vroeg nog inzet van inhuur van externen. De externe inhuur wordt in de financiële administratie vastgelegd. Er is in 2021 geïnvesteerd in de financiële functie binnen het Ministerie van VWS met 20 fte, waarvan 16 fte in vaste dienst zijn getreden. De € 13 miljoen betreft externe inhuur toegekend aan deze categorie voor het gehele Ministerie van VWS.

Vraag 36

Waarom is die stijging van uitgaven aan het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) (zie tabel 15) zo groot ten opzichte van voorgaande jaren en was dit in voorgaande jaren zo laag?

Antwoord:

In tabel 15 zijn abusievelijk niet de correcte cijfers voor eerdere jaren (2018 t/m 2020) opgenomen. Conform het Jaarverslag 2020 was de realisatie voor 2020 t.b.v. het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) € 5,071 mln. Deze loopt in 2021 terug naar € 4,374 mln. Dus in plaats van de stijging t.o.v. eerdere jaren is sprake van een daling met ca. € 0,7 mln. ten opzichte van 2020. Het betreft hier een bijdrage van lidstaat Nederland in de huisvestingskosten van het EMA.

Vraag 37

Kunt u de stijging van de uitgaven omtrent de zorgtoeslag specificeren?

Antwoord:

De raming van de uitgaven zorgtoeslag in de VWS-begroting is gebaseerd op inschattingen van het CPB. Het CPB heeft een model waarin de inkomensverdeling van Nederland wordt voorspeld. Op basis daarvan schat het CPB in hoeveel recht op zorgtoeslag huishoudens hebben. De feitelijk uitgekeerde zorgtoeslag komt om een aantal redenen hoger uit dan de raming in de begroting:

- De zorgtoeslag wordt uitgekeerd als voorschot. Achteraf wordt gezien of het inkomen van een huishouden hoger of lager is uitgekomen. Bij afwijkingen leidt dat tot een nabetaling of een terugvordering. Nabetalingen leiden tot hogere uitgaven. Terugvorderingen leiden tot ontvangsten. In de begroting is geen raming verwerkt van de nabetalingen en terugvorderingen. In het jaarverslag worden die nabetalingen en terugvorderingen wel meegenomen. Daarom worden in het jaarverslag zowel hogere uitgaven als (hogere) ontvangsten gemeld.
- De geraamde uitgaven zorgtoeslag is gebaseerd op de in september 2020 geraamde standaardpremie (€ 1.700). De uitgekeerde zorgtoeslag is gebaseerd op de standaardpremie die is vastgesteld nadat verzekerden hun premie hebben bepaald (€ 1.705). Hierdoor wordt de uitgekeerde zorgtoeslag hoger dan geraamd. Macro leidt dit tot € 30 miljoen hogere uitgaven zorgtoeslag.
- De gerealiseerde inkomensverdeling wijkt af van de door het CPB geraamde inkomensverdeling. Hoe groot dit effect is, is onbekend.

De stijging van de zorgtoeslag van 2020 op 2021 heeft als belangrijkste reden de stijging van de zorgpremie.

Vraag 38

Klopt het dat het RIVM haar apparaatskosten heeft zien stijgen van 355 miljoen euro in 2017 naar 612 miljoen euro in 2021? Wat is de extra output van het RIVM geweest? Hoe meet u dat en hoe ziet de genormaliseerde kostenontwikkeling van het RIVM eruit? Kunt u een toelichting geven over hoe het kan dat ondanks de enorme stijging van omzet en uitgaven van het RIVM, de operationele kasstroom in 2021 negatief is door een forse mutatie in het werkkapitaal?

Antwoord:

Naast een groei in het aantal opdrachten en programma's afgelopen jaren (o.a. stikstof, pfas) is de belangrijkste reden voor de recente groei van het RIVM de toename van het opdrachtenpakket (en dus inzet mensen en middelen) als gevolg van de bestrijding van COVID-19 (onderzoeksprogramma COVID-19, COVID-19 vaccinatieprogramma en de aankoop van medicijnen). Dit heeft vanaf Q1 2020 gezorgd voor een groei in

opdrachten. Voor deze opdrachten zijn afspraken gemaakt over de output en is een tarief afgesproken.

De kostenontwikkeling kan hierdoor gemeten worden. Tezamen met de indicatoren uit de jaarrekening is voor VWS af te lezen hoe het RIVM heeft gepresteerd en is dit ook met de eigenaar VWS besproken.

Het coronavirus heeft een dusdanig majeure impact gehad op Nederland en het RIVM dat het niet eenvoudig is aan te geven wat een genormaliseerde kostenontwikkeling van het RIVM zou zijn. Kijkend naar de uurtarieven zie je een indexatie die vergelijkbaar is met afgelopen jaren.

De sterke stijging van de operationele kasstroom ten opzichte van de begroting 2021 wordt veroorzaakt door de toename van het opdrachtenpakket als gevolg van de bestrijding van COVID-19 (onderzoeksprogramma COVID-19, COVID-19 vaccinatieprogramma en de aankoop van medicijnen). De negatieve operationele kasstroom wordt veroorzaakt door een mutatie in het werkkapitaal. Deze mutatie komt voort uit het uitvoeren van een kassiersfunctie voor VWS inzake de betalingen van declaraties van pandemielabs en GGD'en voor het verrichten van COVID-19 testen voor huisartsen en zorginstellingen en uit het aanleggen van voorraden vaccins voor o.a. inhaalcampagnes waaronder HPV. De omzet en kosten worden verantwoord op het moment van uitleveren.

Vraag 39

Waar zijn de resterende garanties voor testmaterialen (er zijn voor 137 miljoen euro aan garanties verleend en voor 274 miljoen euro aan garanties vervallen), uitgesplitst naar toekenning per verkrijger? Hoe is tot en met april 2022 de ontwikkeling van deze garanties geweest?

Antwoord:

De resterende, openstaande garanties over het jaar 2021 bedragen € 74,8 miljoen, waarvan € 71,2 miljoen voor testmaterialen en bijna € 3,6 miljoen voor hoogvolume laboratoria. Zie ook de onderstaande tabel. Tot en met april 2022 is € 10,3 miljoen betaald aan nog openstaande garanties. De garanties van de hoogvolume laboratoria zijn inmiddels komen te vervallen (€ 3,6 miljoen), omdat er meer testen waren uitgevoerd dan de afgesproken garantieline.

In de nieuwe overeenkomsten zijn geen garanties meer opgenomen voor de hoogvolume laboratoria. Ditzelfde geldt voor de NAAT-2 contracten.

	In miljoenen euro's
HV labs	€ 3,6
Testmaterialen	€ 71,2
Totaal uit jaarverslag 2021	€ 74,8

Vraag 40

Kunt u aangeven welke vijf onderzoeken uit de opsomming van afgeronde evaluatie- en overige onderzoeken (zie bijlage 2 van het Jaarverslag) de grootste impact op de zorg hebben gehad en op welke wijze deze impact is gemeten?

Antwoord:

Alle onderzoeken bevatten belangrijke leerlessen met impact op de beleidsvorming en -uitvoering. Gezien de verscheidenheid van de onderzoeken is een selectie naar de grootste impact niet te maken. In het kader van de ontwikkeling van de Strategische Evaluatieagenda (SEA) van

VWS zijn wel een aantal belangrijke thema's voor houdbare zorg geaccentueerd. Dit heeft geleid tot de volgende prioriteitstelling voor de SEA 2022–2024: 1) Preventie, gezondheid en aanpak COVID-19, 2) Organisatie, regie en vernieuwing zorg, 3) Ouderenzorg en 4) Jeugdzorg. Een andere belangrijke ontwikkeling is dat de aandacht voor evalueren steeds eerder in het beleidsproces van VWS komt te liggen. Dit blijkt onder andere uit verschillende ex ante en ex durante onderzoeken die de afgelopen periode zijn uitgevoerd. Dit verstevigt het evalueren als onderdeel van de beleidscyclus en biedt de mogelijkheid om de beleidsimpact goed te volgen en waar nodig tussentijds bij te sturen. In zowel de taakopdrachten die aan de Kamer worden aangeboden voor aanvang van de beleidsevaluaties als eindrapportages wordt per evaluatie de onderzoeksmethodologie beschreven.

Vraag 41

Kunt u uitvoeriger dan in het Jaarverslag staat de bereikte resultaten, in kwantitatieve termen en -analyses, toelichten met betrekking tot de aanpak van dakloosheid?

Antwoord:

Voor een uitgebreide omschrijving van de bereikte resultaten verwijs ik u naar de (Kamerstuk 25 295, nr. 126) van 18 december 2020. Hierin staat toegelicht dat volgens het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) het aantal dakloze mensen de afgelopen jaren daalde van ruim 39.000 in 2018, tot 36.000 in 2020 en vervolgens tot 32.000 in 2021. Als bijlage bij deze brief is de rapportage over het eerste half jaar van 2021 van de Monitor dak- en thuisloosheid opgenomen. Hierin wordt onder andere ingegaan op resultaten met betrekking tot de verblijfsduur in de maatschappelijke opvang, realisatie van extra woonplekken en de ombouw van traditionele slaapzalen. Uitvoeriger informatie dan in deze monitor wordt gepresenteerd, is niet voorhanden.

Vraag 42

Waarom wordt in het Jaarverslag, in vergelijking met het rapport van de Algemene Rekenkamer, zo weinig aandacht geschonken aan de thema's Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) en zoönose?

Antwoord:

Het Jaarverslag en het rapport van de Algemene Rekenkamer dienen beide verschillende doelen. Het Jaarverslag is een weergave op hoofdlijnen van de beleidsprioriteiten en hun resultaten in 2021.

Over de ontwikkelingen met betrekking tot de implementatie van de GLI informeer ik u nader in mijn voortgangsbrief over het programma «preventie in het zorgstelsel», die ik u voor het zomerreces zal doen toekomen.

Ten aanzien van zoönosen is in 2021 gestart met het versterken van het zoönosenbeleid, onder meer door het instellen van een expertgroep die de Ministers van LNV en VWS hierop adviseerde. Het resultaat van dit versterkingstraject wordt in de vorm van een Nationaal actieplan voor de zomer van 2022 aan uw Kamer opgeleverd, en is een onderdeel van de beleidsagenda Pandemische paraatheid.

Vraag 43

Hoeveel patiëntenstops zijn er geweest in de wijkverpleging afgelopen jaar?

Antwoord:

Uit de Monitor contractering wijkverpleging 2022 van de NZa blijkt dat van de geëquêteerde aanbieders 23% in 2021 op een bepaald moment in het

jaar een cliëntenstop heeft afgegeven vanwege onvoldoende personeel en/of het (bijna) bereiken van het omzetplafond.

Vraag 44

Kunt u aangeven wat de betrokkenheid is geweest van de Minister van Financiën bij de begroting en het vaststellen van het jaarverslag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over 2021?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS is zelf verantwoordelijk voor het opstellen van de relevante begrotingsstukken, zowel ten aanzien van de begroting als bij het jaarverslag. Het Ministerie van Financiën is betrokken door middel van de rijksbegrotingsvoorschriften die zij vaststellen en waarin richtlijnen zijn opgenomen waar de begrotingsstukken aan moeten voldoen. Daarnaast worden de ramingen en realisatie zoals opgenomen in de begroting en het jaarverslag afgestemd en vastgesteld in overleg met het Ministerie van Financiën en vervolgens vastgesteld in de ministerraad. Tot slot lezen zij ook mee met de beleidsagenda en het beleidsverslag waarin de belangrijke prioriteiten worden opgenomen en wordt gereflecteerd op het beleid van het departement.

Omdat het Ministerie van Financiën ook de taak heeft om het financieel beheer bij het Rijk te bevorderen is er het afgelopen jaar veelvuldig contact geweest over de aanpak van het programma «Verbetering financieel beheer VWS». Daarbij heeft het Ministerie van Financiën adviezen gegeven. Tevens heeft er specifieke afstemming plaatsgevonden over de garantieregelingen (en toetsingskaders), aanvragen voor ontheffingen van bankgaranties cf. de regelgeving en is er contact geweest over de verantwoording rond de zorgbonus en over de GGD GHOR en voortzetting van hun taken in 2022 en is een medewerker van Financiën in 2021 tijdelijk gedetacheerd bij VWS om te helpen met de aanpak voor het materieel beheer.

Vraag 45

Kunt u toelichten hoe het amendement over structurele financiering van organisatie Zonder Stempel (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 59) is uitgevoerd en met welk resultaat?

Antwoord:

Dit amendement beoogde ervoor te zorgen dat de recent opgebouwde infrastructuur van de organisatie «Zonder Stempel» kan worden uitgebouwd en de groep LHBTI's met een beperking ook de komende jaren kan worden ondersteund.

Het amendement is conform dit doel uitgevoerd. De bestaande organisatie «Zonder stempel», een samenwerkingsverband van COC, LFB en Vilans, is gecontinueerd. De activiteiten van Zonder Stempel betreffen het werven, onderhouden, faciliteren, ondersteunen, coachen, trainen, aansturen en de empowerment van een netwerk van ambassadeurs. De ambassadeurs zijn vaak ervaringsdeskundigen en zijn allen op hun eigen manier betrokken bij de doelgroep. Zij werken in duo's bestaande uit een persoon met en een persoon zonder verstandelijke beperking. Als resultaat daarvan kunnen LHBTI's met een (lichte) verstandelijke beperking worden ondersteund en treffen zij elkaar op ontmoetingsbijeenkomsten die door Zonder Stempel worden gefaciliteerd en begeleid.

Vraag 46

Kunt u toelichten hoe het amendement over middelen voor programma's en campagnes voor mensen die willen stoppen met roken (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 70) is uitgevoerd en met welk resultaat?

Antwoord:

Van de middelen die met het amendement (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 70) zijn vrijgemaakt, is 1 miljoen euro ingezet om programma's en campagnes voor mensen die willen stoppen met roken op peil te houden. Voor de website Ikstopnu.nl en de Stoplijn is 0,3 miljoen euro gebruikt om de reguliere inzet te handhaven en ook het bereik te vergroten. Het bereik samen was in 2021 bijna 1 miljoen unieke bezoekers en zijn er circa 3500 vragen beantwoord. Er is verder 0,5 miljoen euro extra vrijgemaakt voor de stoppen-met-rokencampagne PUUR rookvrij. Na de eerste twee campagneflights was ongeveer de helft van de rokers bekend met de merk «PUUR». Het aandeel rokers dat vertrouwen heeft in eigen kunnen om te stoppen met roken is gestegen en rokers hebben vaker hulp gevraagd aan anderen. Ook kon 0,1 miljoen euro extra worden ingezet op de campagne Stoptober. In 2021 hebben meer dan 50.000 rokers aan Stoptober deelgenomen. Tot slot is 0,1 miljoen euro ingezet om de Smokefree challenge te kunnen blijven uitvoeren. Met dit programma worden schoolklassen uit het voortgezet onderwijs uitgedaagd om met de hele klas een half jaar niet te (beginnen met) roken.⁵

Vraag 47

Kunt u toelichten hoe het amendement over middelen t.b.v. slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 65) is uitgevoerd en met welk resultaat?

Antwoord:

Indieners van het amendement beogen met het vrijmaken van de middelen een pilot te laten starten waarbij de slachtoffers van genitale verminking gecompenseerd worden voor het eigen risico in het geval zijn een hersteloperatie uit het basispakket vergoed krijgen. Die pilot zou een looptijd van een jaar krijgen en moeten laten zien of deze compensatie een drempel wegneemt om hulp te zoeken. Sinds de indiening van het amendement is verkend op welke wijze een juiste uitvoering kan worden gegeven aan het amendement. Hierbij komen enkele uitvoeringsproblemen naar voren. Momenteel wordt gezien op welke wijze deze weggenomen of beperkt kunnen worden. Voorafgaand aan het commissiedebat van 29 juni over de Zorgverzekeringswet/Eigen bijdragen in de zorg zal ik nader ingaan op de wijze waarop het amendement kan worden uitgevoerd.

Vraag 48

Kunt u toelichten hoe het amendement over middelen voor Roze 50+-ambassadeurs (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 57) is uitgevoerd en met welk resultaat?

Antwoord:

Met dit amendement werd beoogd de positie van LHTBI-ouderen in een zorginstelling te ondersteunen en werd de verwachting uitgesproken dat de Roze 50+-ambassadeurs voor 2021 voldoende konden worden ondersteund om hun werk volledig voort te zetten.

Het amendement is conform dit doel uitgevoerd. Roze 50+ beschikt over een groot netwerk van ambassadeurs, dat in 2021 in stand is gebleven. Zij houden zich bezig met het bereiken en enthousiasmeren van zoveel mogelijk zorginstellingen teneinde deze te overtuigen van het nut en de noodzaak van de Roze Loper. Het ambassadeursnetwerk wordt hiervoor regelmatig geschoold/getraind over de Roze Loper en de begeleiding van het traject naar een Roze Loper Certificaat toe. Door de ambassadeurs en

⁵ Trimbos-instituut. Helder op School -Smokefree Challenge.
Bezocht via: <https://smokefreechallenge.nl/>.

professionals van Roze 50+ wordt regelmatig voorlichting aan zorg- en welzijnsorganisaties gegeven over de Roze Loper en over de noodzaak van aandacht voor seksuele- en genderdiversiteit.

Vraag 49

Kunt u toelichten hoe het amendement over middelen voor de Mantelzorglijn (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 58) is uitgevoerd en met welk resultaat?

Antwoord:

Met het amendement Bergkamp (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 58) is de Mantelzorglijn gedurende één kalenderjaar extra ondersteund.

De Mantelzorglijn voorziet in specialisten die mantelzorgers of professionals verder kunnen helpen met vragen die zij hebben aangaande mantelzorg. De medewerkers hebben specialistische kennis bijvoorbeeld op mantelzorg & wonen, pgb, Wlz, Wmo of vertegenwoordiging. Mantelzorgers kunnen met de aanwezige kennis en expertise advies krijgen «over alle beleidsterreinen heen».

De Mantelzorglijn biedt informatie, advies, luisterend oor of gerichte verwijzing en juridisch advies biedt ondersteuning bij complexe juridische vraagstukken, bemiddeling of bezwaar.

De extra ondersteuning vanuit het amendement bestaat uit meer personele inzet bij de mantelzorglijn en uit een aantal aanvullende zaken zoals de mogelijkheid in specifieke gevallen extra expertise in te huren en ten behoeve van communicatie en productontwikkeling. De personele inzet is een totaal van 2,4 fte ondersteuning aan de Mantelzorglijn en voor juridisch advies. De extra financiering vanuit de het amendement eindigt per 30 juni 2022.

Sinds de uitbraak van corona is de Mantelzorglijn goed gevonden en steeg het aantal mensen dat contact zocht. Te denken valt aan vragen over uitgevallen zorg, vragen bij de coronaregels voor mantelzorgers, testen en vaccineren, gebruik beschermende materialen in mantelzorgsituaties, avondklok etc.

Tabel: aantallen contactmomenten met Mantelzorglijn/JA

Jaartal	Aantal contactmomenten met Mantelzorglijn
2016	4.306
2017	3.528
2018	3.371
2019	3.760
2020	6.249
2021	6.398

Vraag 50

Kunt u toelichten hoe het amendement over middelen voor verschillende vormen van mantelzorgondersteuning (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 69) is uitgevoerd en met welk resultaat?

Antwoord:

Tijdens de VWS begrotingsbehandeling van 2021 is een amendement ingediend waarmee 10 miljoen euro vrij is gemaakt voor de verdere ondersteuning van mantelzorgers en mensen met dementie in Nederland. De vormen van ondersteuning waarop inzet met deze middelen moest worden gepleegd waren het opstellen en onderzoeken van een mantelzorgpaspoort, het landelijk uitrollen van de mantelzorgtest en tot slot het opzetten van meer ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers. Om deze middelen effectief te besteden en betrokken

partijen meer tijd te geven om te komen tot goede besteding, is ervoor gekozen om de helft van deze middelen (5 miljoen) door te schuiven naar 2022.

- Met de nationale dementiestrategie zetten we ons als Ministerie van VWS, samen met alle betrokken partners in voor mensen met dementie. Een onderdeel van deze strategie is de doelstelling «mensen met dementie tellen mee». Van de in 2022 beschikbare middelen is daarom circa € 2 miljoen besteed aan een ZonMw-programma om te komen tot versterking van het aanbod voor thuiswonende mensen met dementie.
- Daarnaast wordt er op verschillende manieren geïnvesteerd in een beter toegankelijk en passender aanbod voor mantelzorgers. In 75 pilots zijn gemeenten aan de slag gegaan om de toegang tot mantelzorgvoorzieningen te verbeteren, bijvoorbeeld door de toegang meer te stroomlijnen of te experimenteren met een mantelzorgverklaring (mantelzorgpaspoort). Een adviesteam ondersteunt deze pilotgemeenten met het opstellen van plannen en het doorvoeren van verbeteringen. Ervaringen worden breed gedeeld en geëvalueerd zodat ook andere gemeenten hiervan kunnen leren.
- Tot slot is geïnvesteerd in de landelijke uitrol van de mantelzorgtest, waarbij mantelzorgers snel en laagdrempelig worden doorgeleid naar ondersteuning bij hen in de buurt. Via Mantelzorgtest.nl krijgen mantelzorgers inzicht in de taken die hen zwaar vallen of energie geven. Daarna worden ze doorverwezen naar passende hulp. De ambitie is om dit komende twee jaar de applicatie gereed te maken voor landelijke uitrol, samen met gemeenten.

Vraag 51

Kunt u aangeven welke actieprogramma's op dit moment lopen, inclusief doorlopende actieprogramma's uit de vorige kabinetsperiode, wanneer zij zijn gestart, wanneer de volgende voortgangsrapportage wordt verwacht en wat de geplande duur van het actieprogramma is?

Antwoord:

In het overzicht hieronder vindt u de antwoorden op uw vragen. Verschillende actieprogramma's uit de vorige kabinetsperiode zijn in 2021 afgerond, worden binnenkort afgerond, zijn na afronding opgenomen in staand beleid of krijgen een vervolgaanpak. Ook is in het overzicht aangegeven wanneer de laatste rapportage is verzonden naar de TK.

	Lopende actieprogramma's	Start	laatste rapportage	Volgende rapportage	Geplande duur
1	Actieprogramma «Eén tegen Eenzaamheid»	Maart 2018 (Kamerstuk 29 538, nr. 252)	November 2021 (Kamerstuk 29 538, nr. 330)	December 2022	December 2025
2	Programma Kwaliteit Verpleeghuiszorg. «Thuis in het verpleeghuis»	April 2018 (Kamerstuk 31 765, nr. 318)	Maart 2021 (Kamerstuk 31 765, nr. 546)	–	Het programma is afgerond in 2021.
3	Actieprogramma «Werken in de zorg»	Maart 2018 (Kamerstuk 29 282, nr. 303)	November 2020 (Kamerstuk 29 282, nr. 416)	Planning is om in zomer 2022 uitwerking van het nieuw programmaplan Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn gereed te hebben.	2022–2025
4	Actieprogramma «Zorg voor de Jeugd»	April 2018 (Kamerstuk 34 880, nr. 3)	December 2021	–	Het programma is afgerond en is opgenomen binnen een bredere zorgaanpak.

	Lopende actieprogramma's	Start	laatste rapportage	Volgende rapportage	Geplande duur
5	Programmaplan «Rechtmatige zorg 2018–2021»	April 2018 (Kamerstuk 28 828, nr. 108)	Januari 2021 (Kamerstuk 28 828, nr. 126)	Het programma is afgerond. Er komt nog wel een vervolgaanpak en een hoofdlijnenbrief gericht op de «aanpak niet-integere zorgbestuurders». Planning is dat deze brief voor het zomerreces gereed is.	Het programma is afgerond.
6	Aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling. «Geweld hoort nergens thuis»	April 2018 (Kamerstukken 28 345, 31 015 en 34 907, nr. 185)	December 2021 (Kamerstuk 28 345, nr. 255)	Geen aparte rapportage. Het programma is per 1 juni 2022 opgegaan in programma Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming	1 juni 2022
7	Actieplan «(Ont)regel de zorg»	Mei 2018 (Kamerstuk 29 515, nr. 424)	December 2020 (Kamerstuk 29 515, nr. 452)	De planning is om programmabrief vervolgaanpak (looptijd 2022–2025) vóór deze zomer naar uw Kamer te sturen.	Het onder het vorige kabinet gestarte programma is afgerond, het vervolg kent een looptijd tot 2025
8	Programma «Langer Thuis»	juni 2018 (Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 326)	November 2021	Februari/maart 2023	Het programma is afgerond.
9	Actieprogramma «Kansrijke Start»	September 2018 (Kamerstuk 32 279, nr. 124)	Februari 2022 (Kamerstuk 32 279, nr. 219)	–	2024/2025 (deze kabinetsperiode)
10	Programma Volwaardig leven. Voor toekomstbestendige gehandicaptenzorg	Oktober 2018 (Kamerstuk 24 170, nr. 179)	Februari 2022 (Kamerstuk 24 170, nr. 253)	–	Het programma is afgerond.
11	Programma VN-verdrag Onbeperkt meedoen!	Juni 2018 (Kamerstuk 24 170, nr. 177)	November 2021 (Kamerstuk 24 170, nr. 251)	Het programma is afgerond. De vervolgaanpak, die met uw Kamer is gedeeld, is erop gericht dat de mensen die het betreft merkbare verschillen in hun leven ervaren. De vervolgaanpak geldt in ieder geval voor deze kabinetsperiode.	Het programma is afgerond, maar de vervolgaanpak geldt voor deze kabinetsperiode.
12	Inkoop en aanbesteden Sociaal Domein	Juli 2018 (Kamerstuk 34 477, nr. 38)	December 2020 (Kamerstuk 34 477, nr. 77)	Het programma Inkoop en Aanbesteden Sociaal Domein is eind 2021 beëindigd, omdat de producten en diensten conform plan zijn opgeleverd. Deze ondersteuning van gemeenten en aanbieders wordt in 2022 voortgezet. De directe ondersteuning van gemeenten en, op verzoek van gemeenten indirecte ondersteuning van aanbieders wordt voortgezet door het Ketenbureau i-sociaal domein. De meer beleidsmatige werkzaamheden van het programma worden voortgezet door de directies Jeugd en Maatschappelijke Ondersteuning van VWS.	Het programma is afgerond in december 2021.
13	Nationaal Sportakkoord «Sport verenigt Nederland»	Juni 2018 (Kamerstuk 30 234, nr. 185)	November 2021	Juni 2022 / November 2022	December 2022
14	Nationaal Preventieakkoord «Naar een gezonder Nederland»	November 2018 (Kamerstuk 32 793, nr. 339)	Juli 2021 (Kamerstuk 32 793, nr. 557)	Juli 2022	De ambities richten zich op situatie in 2040
15	Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren 2019–2021	Maart 2019 (Kamerstuk 29 325, nr. 97)	December 2021 (Kamerstuk 29 325, nr. 130)	Het programma is op gegaan in één structurele aanpak voor de aanpak van dakloosheid.	Het programma is afgerond.

	Lopende actieprogramma's	Start	laatste rapportage	Volgende rapportage	Geplande duur
16	Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)	2022	nvt	Juli 2022	Meerjarig
17	Scheiden zonder schade	2018 (Kamerstuk 33 836, nrs. 23 en 25)	22 maart 2022 (Kamerstuk 33 836, nr. 66)	Het programma is afgerond, maar belangrijke onderdelen van het Programma worden o.a. geborgd in het nieuwe Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming.	Het programma is afgerond in 2021.
18	Toekomstscenario's kind- en gezinsbescherming	1 juni 2022	nvt	Najaar 2022	Meerjarig
19	Programma «Een (t)huis, een toekomst (Brede aanpak dakloosheid) 2020–2021	Juli 2020 (Kamerstuk 29 325, nr. 122)	December 2021 (Kamerstuk 29 325, nr. 130)	Het programma is op gegaan in één structurele aanpak voor de aanpak van dakloosheid.	December 2021

Vraag 52

Hoeveel mensen zijn in 2021 uit de zorgverzekering gezet omdat zij niet langer stonden ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP)?

Antwoord:

Door zorgverzekeraars wordt niet specifiek bijgehouden in hoeveel gevallen de verzekering wordt beëindigd vanwege een afwijkend adresgegeven. Uitschrijvingen van verzekerden worden bijgehouden, maar de specifieke grond van de uitschrijving niet.

Vraag 53

Bij hoeveel mensen is sinds 1 januari 2022 voorkomen dat zij op het moment dat zij dak- of thuisloos werden ook hun zorgverzekering zouden verliezen, doordat zij gemakkelijker een briefadres konden krijgen?

Antwoord:

Door zorgverzekeraars wordt niet bijgehouden hoeveel mensen een briefadres krijgen. Dit is het domein van gemeenten.

Vraag 54

Hoeveel mensen zijn sinds 1 januari 2022 op het moment dat zij dak- of thuisloos werden ook hun zorgverzekering uitgezet?

Antwoord:

Er wordt (door zorgverzekeraars) niet bijgehouden wie uitgeschreven worden op het moment dat iemand dak- of thuisloos raakt.

Vraag 55

Hoeveel onverzekerden zijn in 2021 door de GGD-GHOR geholpen bij het krijgen van een zorgverzekering, nadat er een melding over hen was gedaan bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg?

Antwoord:

Dit is het domein van gemeenten. Over 2020 en 2021 zijn geen gegevens bekend.

In 2019 werden er bij het Meldpunt Onverzekerdenzorg 13.264 meldingen van zorg geregistreerd.

Uit ontvangen rapportages van 42 gemeenten en 7 GGD-regio's blijkt dat in 2019 voor 4.847 onverzekerde personen in 811 gevallen een zorgverzekering werd gesloten. Dat is bijna 17%.

Vraag 56

Hoeveel meldingen zijn er in totaal gedaan in 2021 bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg? Is hierbij bekend om hoeveel unieke personen het gaat?

Antwoord:

In 2021 zijn er 28.555 meldingen van zorg bij het Meldpunt Onverzekerdenzorg geregistreerd. Er wordt alleen op aantallen geregistreerd, niet op BSN.

Om hoeveel unieke personen het gaat is dus niet bekend.

Vraag 57

Kan worden aangegeven hoe de overige 15 procent van de compensatie van het eigen risico wordt gecompenseerd?

Antwoord:

Zorgverzekeraars ontvangen via de risicoverevening een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds waarbij rekening is gehouden met de te verwachten zorgkosten en de te verwachten opbrengsten van het verplicht eigen risico (en nominale premies). Voor 2021 is, met het oog op de onzekerheden als gevolg van de coronapandemie, besloten om het risico dat de werkelijke kosten en opbrengsten afwijken van de verwachte kosten en opbrengsten niet volledig bij de verzekeraars te leggen. Op landelijk niveau wordt het risico voor 85% weggenomen (dit heet macronacalculatie). Voor de overige 15% blijft het genoemde risico bij verzekeraars. Uit realisatiecijfers van het Zorginstituut blijkt dat de opbrengsten van het eigen risico in 2021 lager zullen uitpakken dan geraamd. Door genoemde macronacalculatie komt 85% van dit verschil tussen raming en realisatie van de opbrengsten van het eigen risico ten laste van het Zorgverzekeringsfonds in plaats van verzekeraars.

Vraag 58

Hoeveel IC-bedden zijn er momenteel structureel beschikbaar? Hoe heeft dit zich de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

Antwoord:

Op basis van het geactualiseerde Opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)⁶, geeft het LNAZ aan hoeveel IC-bedden er landelijk beschikbaar en opgeschaald moeten zijn. Momenteel zijn er 1.008 IC-bedden operationeel (dd. 24-05-2022). Indien nodig kan er volgens het Opschalingsplan COVID-19 tot 1.350 IC-bedden worden opgeschaald.

In onderstaande tabel wordt het gemiddeld beschikbare aantal geaccrediteerde IC-bedden in de ziekenhuizen voor de jaren 2015–2018 weergegeven. Deze gegevens zijn afkomstig uit de jaarverslagen van Stichting NICE (www.stichting-nice.nl).

Jaar	Aantal IC-bedden (NICE)
2015	1.210
2016	1.191
2017	1.209
2018	1.208

Op basis van informatie uit visitatierapporten van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) en uit jaarverslagen en andere publicaties van ziekenhuizen is door LNAZ vastgesteld dat er aan het

⁶ https://www.lnaz.nl/cms/files/211101_actualisatie_opschalingsplan_covid-19_def.pdf.

begin van 2020 voor de coronapandemie in Nederland 1.150 IC-bedden qua materieel en fysieke infrastructuur beschikbaar waren (Opschallingsplan Covid-19, LNAZ⁷). De beschikbaarheid, opschaling en inzet van IC-bedden is afhankelijk van de beschikbaarheid van zorgprofessionals en de doorgang van de noodzakelijke reguliere zorg.

Vraag 59

Hoeveel IC-verpleegkundigen zijn er momenteel? Hoe heeft dit zich de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

Antwoord:

De meest actuele cijfers van het Capaciteitsorgaan zijn van eind 2020, het aantal IC-verpleegkundigen was toen 4.977 (bron: <https://capaciteitsorgaan.nl/persbericht-10-06-2021-capaciteitsorgaan-publiceert-cijfers-over-aantallen-ic-verpleegkundigen-anesthesiemedewerkers-en-operatieassistenten-per-1-1-2021/>).

In 2016 waren dit er 5.220 (bron: Capaciteitsplan 2016, Deelrapport 8, FZO beroepen)

Vraag 60

Waarom wordt er in beginsel alleen een toelichting gegeven bij een verschil van meer dan 2,5 miljoen euro en niet bij bijvoorbeeld een bepaalde afwijking in percentage?

Antwoord:

Het betreft de toepassing van het Rijksbegrotingsvoorschrift (Rbv), waarin de toelichtingsgrens in nominale bedragen is opgenomen en niet in een percentages. De gedachte hier achter is dat een toelichting gewenst is naarmate de omvang van de verplichting of uitgave groter is ten opzichte van het totaal.

Overigens geeft het betreffende voorschrift uit de Rbv een hogere grens aan voor de begroting van VWS dan de gene die door het ministerie in de verantwoording zelf wordt aangehouden. Volgens het voorschrift moet bij een afwijking van € 5 miljoen (binnen een begrotingsartikel van € 200 miljoen tot € 1 miljard) of € 10 miljoen (binnen een begrotingsartikel van meer dan € 1 miljard) een toelichting worden gegeven. Bij de VWS-verantwoording worden binnen alle begrotingsartikelen bij bedragen hoger dan € 2,5 miljoen een toelichting gegeven, dit om uw Kamer meer inzicht te bieden in wijzigingen in de begrotingsstukken. Er is daarnaast voor gekozen om bij lagere bedragen, indien de politieke relevantie daarom vraagt, uw Kamer ook een toelichting te geven.

Vraag 61

Hoe groot was het tekort aan huisartsen en tandartsen vijf jaar geleden, hoe groot is dat tekort nu en wat is de verwachting van het tekort over vijf jaar wanneer het beleid niet wijzigt? In welke regio's zijn de tekorten het grootst?

Antwoord:

Huisartsen – in 2019 schatte het Capaciteitsorgaan in dat de «onvervulde vraag» (tekort aan/langdurige vacatures voor huisartsen op peildatum 1-1-2019) 3 tot 5 procent betrof. Uitgaande van de 12.766 huisartsen (9.496 fte) die volgens het Capaciteitsplan in 2019 werkzaam waren, was er toen een tekort aan huisartsen van ca. 380–640 personen (285–475 fte). Als we de 3 tot 5 procent onvervulde vraag toepassen op het aantal werkzame huisartsen 5 jaar geleden in 2017, namelijk 10.990 personen

⁷ https://www.lnaz.nl/cms/files/opschallingsplan_covid-19_def.pdf.

(CBS-gegevens), dan levert dat een tekort op van 330–550 personen (ca. 250–418 fte). Volgens de meest recente cijfers van het CBS waren er eind 2020 11.840 huisartsen werkzaam in praktijken en gezondheidscentra. Uitgaande van 3 tot 5 procent onvervulde vraag was er in 2020 een tekort van 355–592 personen (ca. 263–438 fte).

Het percentage onvervulde vraag aan huisartsen per peildatum 1 januari 2022 publiceert het Capaciteitsorgaan in december 2022 in het nieuwe Capaciteitsplan. Uit het rapport «De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020» door Nivel is op te maken dat in 2020 de regio's Drechtsteden, Drenthe, Midden-Gelderland en Noord-Holland Noord het meest te kampen hadden met tekorten.

Tandartsen – voor de raming van 2019 werd de onvervulde vraag voor tandartsen door het Capaciteitsorgaan ingeschat op 1%. Het aantal werkzame tandartsen werd geschat op 8.436 fte. Die schatting van 1% ging dus uit van een tekort van 97 personen ofwel 84 fte. Cijfers van 5 jaar geleden hierover zijn niet bekend, de voorlaatste raming van de tandartsen dateert van 2013. Relevant is dat in de jaren 2017–2019 jaarlijks tussen de 100 en 150 buitenlands gediplomeerde tandartsen aan de slag gingen in Nederland. De laatste jaren ligt dit nog hoger. Op dit moment zijn nog geen cijfers beschikbaar over de huidige stand van zaken. Het Capaciteitsorgaan is bezig met de gegevensverzameling voor de raming die eind dit jaar uitkomt; daarin zal ook de actuele onvervulde vraag worden meegenomen. Ook is er dan zicht op het mogelijke tekort over 5 jaar en wordt de regionale spreiding van tandartsen meegenomen.

Vraag 62

Kunt u aangeven welke (media)campagnes om de vaccinatiegraad zo hoog mogelijk te krijgen het meest succesvol zijn geweest en welke het minst succesvol? Kunt u hier ook lessen uit trekken?

Antwoord:

In de periode december 2020 t/m maart 2021 is de overheid continue zichtbaar geweest met diverse (media)campagnes. In eerste instantie zoveel mogelijk specifiek gericht op de groepen die aan de beurt waren voor een vaccin en zich dus daadwerkelijk konden laten vaccineren. Vanaf de zomer van 2021 waren de vaccins voor alle leeftijdsgroepen beschikbaar en werden de campagnes meer specifiek gericht op groepen waar de vaccinatiegraad achterbleef. Veel campagne-uitingen hadden tot doel om te informeren over actuele vragen die leefden rondom corona-vaccinatie. Andere hadden een meer motiverend karakter.

Om iets te kunnen zeggen over de mate van succes, kan het zinvol zijn te kijken naar het bereik van deze campagnes. Gezien het miljoenenpubliek van de campagnes zijn deze allen in dit opzicht succesvol te noemen. De online video-campagne over de boostervaccinatie is via de inzet op online platformen is bijvoorbeeld zo'n 5,5 miljoen keer bekeken. Toch zegt bereik niet alles. De campagne specifiek gericht op het informeren van zwangere vrouwen kende een relatief gezien beperkter bereik van een half miljoen mensen maar voorzag in een specifieke informatiebehoefte. Een van de lessen die we ook in de toekomst toe kunnen passen is het inzicht dat meer specifieke en fijnmazige campagnes nodig blijven om moeilijker bereikbare groepen te bedienen.

Vraag 63

Kan aangegeven worden hoeveel ziekenhuis- en IC-opnames zijn voorkomen door de vaccinatiegraad van ca. 85,9 procent (bij personen van 18 jaar en ouder)? Kan dit ook aangegeven worden voor het sterftecijfer?

Antwoord:

Nee, dat kan ik nu niet. Wel kan ik melden dat het RIVM onderzoekt of het mogelijk is om te komen tot indicatieve cijfers. Ik verwacht voor het eind van het jaar uitsluitsel hierover. Ik merk hierbij op dat het schatten van deze cijfers vraagt om complexe berekeningen, die altijd een mate van onzekerheid in zich zullen hebben.

Vraag 64

Kunt u aangeven of u tevreden bent met de uiteindelijk behaalde vaccinatiegraad?

Antwoord:

Ik ben blij dat het grootste deel van de bevolking zich heeft laten vaccineren. Ook besluiten er nog steeds mensen de booster en/of de herhaalprik te halen. Zo beschermt iedereen zichzelf zo goed mogelijk tegen ernstige ziekte door COVID-19. Samen met de betrokken uitvoerende partijen blijf ik me inzetten voor een hogere vaccinatiegraad.

Vraag 65

Wat is de verhouding tussen het aantal positieve tests vanuit het eerste spoor ten opzichte van het tweede spoor? Heeft het testen voor toegang een significante bijdrage geleverd aan het opsporen van besmettingen?

Antwoord:

Het percentage positieven bij de GGD ligt structureel hoger dan het percentage positieven bij SON. In onderstaande tabel heb ik het percentage positieven ook per maand uitgesplitst:

Datum	GGD	SON
2021	13,4%	0,8%
Per maand		
2021-01	11,9%	–
2021-02	9,9%	–
2021-03	8,1%	0,3%
2021-04	10,1%	0,2%
2021-05	11,3%	0,2%
2021-06	4,9%	0,1%
2021-07	12,3%	1,1%
2021-08	12,2%	0,3%
2021-09	8,5%	0,2%
2021-10	14,0%	0,3%
2021-11	20,3%	1,2%
2021-12	23,8%	1,4%

Het totale aantal positieve testen bij de GGD bedroeg 2,2 miljoen in 2021, ten opzichte van 54.000 positieve testen bij SON. Aannemelijk is dat een groot gedeelte van de 54.000 mensen die positief zijn getest bij SON, anders niet waren getest. Door deze testen konden zij contactbeperkende maatregelen nemen en de verspreiding beperken. Op individueel niveau levert het testen voor toegang voor de contacten van positief geteste personen een verlaagd risico op.

Het doel van testen voor toegang en coronatoegangsbewijzen is overigens niet om meer positieve mensen op te sporen, maar om activiteiten veiliger mogelijk te maken. Het opsporen van besmettingen is slechts een positief neveneffect.

Vraag 66

Hoeveel gezonde levensjaren zijn er tijdens de coronacrisis verloren gegaan door het afschalen van de reguliere zorg? Hoeveel levensjaren zijn er gered door de coronazorg voor coronapatiënten?

Antwoord:

Het is momenteel niet bekend hoeveel gezonde levensjaren verloren zijn gegaan als gevolg van de impact van corona op de reguliere zorg of hoeveel levensjaren er zijn gered door de coronazorg. Doordat er te veel variabelen zijn die een rol kunnen spelen, kan er nog geen betrouwbare inschatting worden gemaakt.

In december 2020 heeft het RIVM wel een inventarisatie van de omvang van het probleem en een eerste schatting van gezondheidseffecten opgesteld voor de eerste golf. Daarvan is uw Kamer per brief van 15 december 2020 op de hoogte gesteld⁸. Eind juni 2022 komen aanvullende resultaten beschikbaar. Het RIVM heeft daarnaast in augustus 2021 schattingen over verloren levensjaren gepubliceerd, gebaseerd op de CBS-doodsoorzakenstatistiek, met de cijfers over 2020. Hierbij wordt COVID-19 vergeleken met andere aandoeningen. Over een paar maanden komt het RIVM met een schatting over het aantal verloren levensjaren over 2021.

Vraag 67

Hoeveel IC-bedden waren er operationeel tien jaar voor de coronacrisis, vijf jaar voor de coronacrisis, bij de aanvang van de coronacrisis en hoeveel zijn er nu? Hoeveel IC-bedden waren operationeel in de zomer van 2020, in de winter van 2020/2021, in de zomer van 2021 en in de winter 2021/2022?

Antwoord:

Cijfers over het gemiddelde aantal IC-bedden in 2012 heb ik niet tot mijn beschikking. In 2013 waren er volgens de gegevens afkomstig van de jaarverslagen van Stichting NICE (www.stichting-nice.nl) gemiddeld 1.208 geaccrediteerde IC-bedden beschikbaar. In 2017 waren er volgens de Stichting NICE gegevens 1.209 geaccrediteerde IC-bedden beschikbaar.

Op verzoek van de Minister voor Medische Zorg heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in de zomer van 2020 het IC-op-schalingsplan opgesteld. Volgens dit plan lag de IC-capaciteit bij aanvang van de coronacrisis in 2020 op 1.150 IC-bedden, waarvan 1.032 IC-bedden operationeel (direct inzetbaar) waren. In de eerste Covid-golf (voorjaar 2020) is de IC-capaciteit landelijk in heel korte tijd opgeschaald naar 1.700 IC-bedden. Tijdens de tweede golf in de winter van 2020/2021 is landelijk opgeschaald naar 1.370 IC-bedden. Op het hoogtepunt van de derde golf (eerste week van mei 2021) was er landelijk tot 1.450 IC-bedden opgeschaald. In de winter van 2021/2022 is op verzoek van het LNAZ landelijk opgeschaald naar 1.250 IC-bedden. De beschikbaarheid en inzet van IC-bedden is afhankelijk van de beschikbaarheid van zorgprofessionals en de doorgang van de noodzakelijke reguliere zorg.

Vraag 68

Hoeveel inhaalzorg is er in 2021 geleverd? Hoeveel inhaalzorg wordt er naar verwachting in 2022 geleverd? Hoeveel kost de inhaalzorg? Wie gaat de inhaalzorg betalen? Wanneer zal de inhaalzorg zijn afgerond?

Antwoord:

Zoals ook in de beantwoording van vraag 7 is aangegeven is het niet te zeggen hoeveel uitgestelde zorg er geleverd is en wanneer de uitgestelde zorg is afgerond. Wel blijkt uit de monitor «Toegankelijkheid van Zorg»

⁸ Rapport RIVM Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid, 15 december 2020 (Bijlage bij Kamerstukken 31 765 en 25 295, nr. 540).

van de NZa (30 mei jl.)⁹ dat de werkvoorraad van de ziekenhuizen in april 2022 niet is afgenomen. Daarnaast blijkt uit de monitor dat in april 2022 de totale hoeveelheid geleverde zorg richting het niveau van 2019 gaat. Dit betekent dat het ziekenhuizen is gelukt na de laatste Covid-golf hun productie fors op te schalen, maar dat nog geen sprake is van een echte inhaalslag

Er is in de financiering geen onderscheid te maken tussen reguliere zorg of uitgestelde zorg. Afspraken over de financiering van de in te halen zorg worden dan ook meegenomen in de reguliere contractering. Waar het gaat om de medisch specialistische zorg heeft de Minister van VWS – vanwege de onzekerheid over covid-gerelateerde uitgaven – aangegeven dat bij een besluit om een eventuele overschrijding van het macrokader 2022 te redresseren, rekening wordt gehouden met inhaalzorg, nazorg en opleving van de pandemie.

Vraag 69

Kunt u aangeven in hoeverre, door het gewijzigde testbeleid eind 2021, mensen niet op de hoogte waren van mogelijk contact met een besmet persoon?

Antwoord:

Op 5 november 2021 is BCO (Bron-en Contactopsporing) op maat ingevoerd. (Zie: <https://ggdghor.nl/actueel-bericht/bco-op-maat/>). Dit hield in dat bij standaard BCO aan de persoon met een positieve test werd gevraagd om zelf contacten te waarschuwen.

Het testbeleid is op 3 december 2021 nogmaals gewijzigd, zodat bij klachten ook een zelftest gedaan kan worden. Bij een positieve zelftest werd nog wel bevestiging middels een test bij de GGD geadviseerd. Het advies om bij een positieve (zelf)test je eigen contacten te informeren bleef daarbij van kracht. Er is geen informatie verzameld over de opvolging van deze vraag.

Vraag 70

Zijn er cijfers bekend van het aantal mensen met een positieve zelftest die deze wel hebben gemeld maar niet hebben gekozen voor een confirmatietest bij de GGD? Zo ja, kunt u deze cijfers met de Kamer delen?

Antwoord:

Nee, deze cijfers zijn niet bekend.

Vraag 71

Kunt u aangeven of het responsepercentage van 42,77 procent van de huishoudens die twee gratis zelftesten hebben besteld in de lijn der verwachting lag? Zo niet, waar zou dit dan aan kunnen liggen?

Antwoord:

Bij de raming van het aantal benodigde testen is uitgegaan van een bestelling door 25% van de huishoudens. Het resultaat is dus hoger dan dat in eerste instantie gedacht. Ik ben tevreden met dit responsepercentage. Dat niet een groter deel van de huishoudens zelftesten heeft besteld heeft mogelijk te maken met het feit dat de zelftesten voor een groot deel van de bevolking betaalbaar zijn en dat een deel van de bevolking de zelftesten gratis aangeboden krijgt via andere kanalen.

⁹ Monitor Toegankelijkheid van Zorg, NZa, 30 mei 2022 Monitor Toegankelijkheid van zorg – 30 mei 2022 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

Vraag 72

Kunt u aangeven wat de cijfers zijn van het ontstaan van de lagere coronabezetting in 2021, die werd ingezet voor reguliere zorg? Hoeveel zorg is er ingehaald tijdens lagere coronabezettingen in 2021? Was dit conform uw verwachtingen?

Antwoord:

Op basis van de beschikbare gegevens valt deze vraag niet te beantwoorden. Zie voor een toelichting het antwoord op vraag 68.

Vraag 73

In welk opzicht heeft de CoronaMelder-app de verspreiding van coronavirus beperkt? Hoeveel mensen hebben de CoronaMelder-app gedownload en hoeveel hebben deze weer verwijderd?

Antwoord:

Evaluatieonderzoek heeft aangetoond dat CoronaMelder een kleine, maar merkbare toegevoegde waarde heeft gehad als aanvulling op het reguliere bron- en contactonderzoek en het voorkomen van verdere verspreiding van het virus. Hierbij zijn meer mensen sneller gewaarschuwd en opgespoord waarmee ketens van besmettingen zijn doorbroken. Per 22 april 2022 is de inzet van CoronaMelder tijdelijk stopgezet.¹⁰ Tot en met 20 april 2022 hadden in totaal 5.871.412 mensen de app gedownload en waren er 1.948.767 actieve gebruikers van de app. Hoeveel mensen de app verwijderd hebben, wordt niet bijgehouden. Dit omdat CoronaMelder zo privacy vriendelijk mogelijk is ingericht.

Vraag 74

Hoe pakte de meerkostenregeling uit voor de opschaling van de IC-bedden? Hoeveel ziekenhuizen konden de IC-bedden niet opschalen omdat de financiering niet rond kwam? Hoeveel IC-bedden zijn daardoor verloren gegaan of niet extra gecreëerd?

Antwoord:

Er zijn geen IC-bedden verloren gegaan of niet extra gecreëerd vanwege discussie rondom de financiering van IC-bedden. Voor de bekostiging van de opschaling van de IC-bedden heeft het Ministerie van VWS afspraken gemaakt met zorgverzekeraars, waarbij is afgesproken dat de zorgverzekeraars het deel voor hun rekening zou nemen dat normaliter (pre-COVID-19) ook bij andersoortige piekmomenten in de reguliere zorg, bijvoorbeeld bij een griepgolf, gerealiseerd zou kunnen worden door ziekenhuizen. Deze kosten worden door de zorgverzekeraars als meerkosten COVID-19 verantwoord. Voor de extra uitbreiding in het kader van COVID-19 is daarnaast een subsidieregeling ingericht vanuit het Ministerie van VWS, waar elk afzonderlijk ziekenhuis dat participeerde in het Opschalingsplan aanspraak op kon maken. Voor de IC-opschaling is circa € 0,5 miljard vanuit het Ministerie van VWS ter beschikking gesteld. De subsidieregeling is gebaseerd op het opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)¹¹ en is op te delen in onderstaande drie fases.

1. 100% structureel beschikbaar maken van de reeds bestaande IC-capaciteit wat zou leiden tot 1.150 IC-bedden.
2. Het structureel uitbreiden van de IC-capaciteit met 200 IC-bedden (en 400 klinische bedden) per 1 oktober 2020. Deze extra IC-bedden zijn alleen bestemd voor COVID-19 patiënten die IC-zorg nodig hebben. Totaal 1.350 IC-bedden.

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 1822.

¹¹ https://www.lnaz.nl/cms/files/opschalingsplan_covid-19_def.pdf.

3. Verdere uitbreiding met 350 flexibele IC-bedden (en 700 klinische bedden) per 1 januari 2021 die alleen worden ingezet voor COVID-patiënten in geval van een onverhoopt grote piek, voor de duur van de pandemie. Totaal 1.700 IC-bedden.

De uitbreiding tot 1.700 IC-bedden werd door het LNAZ en de veldpartijen als ambitieus gezien; nog hogere opschaling achtte men gegeven de beperkte beschikbaarheid van zorgprofessionals in combinatie met continueren van de noodzakelijke reguliere zorg niet realistisch.

Vraag 75

Wat zijn de cijfers van de CoronaMelder-app over 2021? Hoeveel mensen hebben er gebruik van gemaakt en hoeveel tests zijn er hierdoor afgenomen? Hoeveel positieve tests zijn hieruit voortgekomen?

Antwoord:

In 2021 is CoronaMelder 1.240.683 keer gedownload, wat het totaal aantal downloads op 31 december 2021 bracht op 5.640.838. Over 2021 heen hebben daarnaast 360.035 mensen via CoronaMelder hun positieve test gedeeld en daarmee andere gebruikers van de app gewaarschuwd voor een mogelijke besmetting. In 2021 zijn er in totaal 166.336 testaanvragen gedaan waar een notificatie aan vooraf ging; daarvan bleken er 13.141 daadwerkelijk positief. Cijfers over CoronaMelder kunnen nog altijd worden geraadpleegd via het coronadashboard op coronamelder.nl.

Vraag 76

Hoeveel verpleegkundigen hebben de IC-opleiding voltooid in 2016, 2019, 2020 en 2021? Hoeveel verpleegkundigen hebben de Basis Acute Zorg (BAZ)-opleiding voltooid in 2016, 2019, 2020 en 2021? Hoeveel zijn er afgehaakt?

Antwoord:

Het aantal verpleegkundigen die de IC-opleiding hebben afgerond: 172 (2016), 339 (2019), 360 (2020) en 335 (2021). En het aantal dat de opleiding niet heeft afgerond is: 69 (2019), 80 (2020) en 11 in 2021 (let op: voorlopig cijfer). Het aantal verpleegkundigen die de BAZ-opleiding hebben afgerond (deze opleiding is in 2020 opgestart dus er zijn geen cijfers van 2016 en 2019): 201 (2020) en 270 (2021). En het aantal dat de BAZ niet heeft afgerond: 38 (2019), 33 (2020) en 2 in 2021 (let op: voorlopig cijfer).

Vraag 77

Hoeveel vacatures waren er voor IC-verpleegkundigen bij aanvang van de coronacrisis en hoeveel zijn er nu?

Antwoord:

Er is geen totaalbeeld beschikbaar over het aantal vacatures voor de IC verpleegkundigen, omdat het aantal vacatures naar beroep niet centraal wordt bijgehouden. Wel is bekend dat er begin 2020 voor 316 fte aan moeilijk vervulbare vacatures voor IC-verpleegkundigen was (bron: Capaciteitsplan 2020–2023, Deelrapport 8, FZO-beroepen & Ambulance-verpleegkundigen). Het is niet bekend hoeveel dat nu is.

Vraag 78

Hoe wordt er een structureel karakter gegeven aan de initiatieven om de personeelstekorten tegen te gaan?

Antwoord:

Voor de aanpak van de uitdagingen op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn heeft het kabinet bij de begroting van 2021 besloten om hiervoor structureel middelen beschikbaar te stellen: 80 miljoen euro in 2022 en

vanaf 2023 een bedrag van 130 miljoen euro per jaar. Daarnaast zijn er ook de langlopende instrumenten als bijdragen en subsidies voor de medische vervolgoopleidingen en het Stagefonds. In de hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg¹² van 13 mei jongstleden wordt de aanpak geschetst voor de komende jaren. Om de gezondheidszorg de komende jaren toekomstbestendig te maken en te houden zullen we andere werkvormen binnen zorg en welzijn moeten gaan realiseren. Werkvormen waarbij regionaal gedeeld werkgeverschap, zorgverlening door de inzet van werkdruk verlagende technologie en behoud van zorgmedewerkers centraal staat. We moeten investeren in het voor de zorg behouden van zorgmedewerkers, leven lang ontwikkelen, het opschalen van technologische en sociale innovaties en in zeggenschap. Het gaat steeds meer om de ruimte en perspectief die (nieuwe) professionals hebben om hun baan vorm en zinvolle invulling te geven. Hier wacht een uitdaging voor werkgevers om actief invulling te geven aan goed en modern werkgeverschap; voor andere betrokken partijen geldt de uitdaging om werkgevers daarbij de benodigde ruimte te geven. In de zomer van 2022 ontvangt uw Kamer een uitgewerkt programmaplan.

Vraag 79

Zijn er uitzonderingen te maken in de opleiding BAZ, zoals bijvoorbeeld bij anesthesiologen, aangezien die na een korte instructie al op de IC kunnen werken?

Antwoord:

Nu geldt een verpleegkundige basis als instroomeis voor het volgen van de BAZ modules. Door CZO Flex wordt op dit moment gewerkt aan de aanpassing van de BAZ modules zodat het ook mogelijk wordt voor andere groepen zonder de verpleegkundige basis om in te stromen, zoals de anesthesiemedewerkers. Het gaat hier om een specifieke groep anesthesiemedewerkers, namelijk de groep die in-service is opgeleid. De aanpassing van deze BAZ modules geldt nadrukkelijk voor verpleegkundige functies en niet om andere beroepsgroepen zoals artsen.

Vraag 80

Hoeveel (jeugd)zorgverleners zijn er gedurende de coronacrisis bij gekomen en hoeveel (jeugd)zorgverleners hebben de zorg verlaten?

Antwoord:

De beschikbare cijfers geven per kwartaal aan wat de in- en uitstroom is geweest ten opzichte van hetzelfde kwartaal een jaar geleden. Het zijn dus steeds jaarcijfers. Dat betekent dat voor de periode Q1 2020- Q1 2021 bekend is wat de in- en uitstroom was, maar dat deze cijfers voor Q1 2021- Q1 2022 nog niet bekend zijn. Deze volgen in augustus van dit jaar.

In onderstaande tabel zijn de cijfers voor de periode Q1 2020- Q1 2021 weergegeven.

	Q1 2020-Q1-2021	
	Instroom	Uitstroom
Zorg en welzijn (smal)	149.270	115.000
Jeugdzorg	4.070	3.250

Bron: AZW Statline.

¹² Kamerstuk 29 282, nr. 462.

Vraag 81

Kunt u een nadere toelichting geven waar de 8 miljoen euro en de 13 miljoen euro voor pandemische paraatheid zijn besteed?

Antwoord:

Om een eerste stap te maken met het verbeteren van pandemische paraatheid heeft het vorige kabinet in totaal circa € 8 miljoen beschikbaar gesteld in 2021. Heel 2021 stond in het teken van voorbereidende werkzaamheden en opstart van het programma. Voor de opstartactiviteiten zijn personele uitgaven gedaan. Verder is in 2021 € 2 miljoen van het beschikbare bedrag uitgegeven aan de opbouw van Future Affordable and Sustainable Therapies (FAST). FAST is een nieuwe gerichte impuls vanuit de Nederlandse overheid (Ministeries van VWS en EZK) voor innovatieve therapieontwikkeling. De structurele bijdrage van € 13 miljoen gaat in vanaf 2023. Deze middelen zijn nog niet uitgegeven.

Vraag 82

Welke taken hebben de actieve zorgreservisten indien zij worden ingezet?

Antwoord:

Zorgreservisten stellen zich beschikbaar op een specifiek activiteitenpakket op basis van zijn/haar bevoegd- en bekwaamheid. Deze activiteitenpakketten bestaan uit de meest voorkomende ondersteuningsvragen in ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingstehuizen. Er zijn vier activiteitenpakketten: «basiszorg en contact met zorgvragers», «meer verantwoordelijkheid bij de zorg (waar nodig onder supervisie)», «verpleegkundige zorg (BIG-geregistreerd)» en «verpleegkundige bewakingszorg (BIG-geregistreerd)». Een uitgebreide beschrijving van de vier activiteitenpakketten is te vinden op <https://wij.nationalezorgreserve.nl/activiteitenpakketten/>.

Vraag 83

Waarom is het advies van de Gezondheidsraad om zuigelingen te vaccineren tegen het rotavirus niet opgevolgd?

Antwoord:

Zoals ik uw Kamer op 23 mei jl. (Kamerstuk 32 793, nr. 607) heb gemeld zijn er geen middelen beschikbaar gesteld voor opname van rotavirusvaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma. Uit het advies van de Gezondheidsraad blijkt dat vaccinatie tegen de huidige prijzen niet kosteneffectief is. Ouders kunnen hun kinderen wel op eigen kosten laten vaccineren tegen rotavirus. Op de website van het RIVM kunnen ouders hier meer informatie over vinden.

Vraag 84

Wat zijn de tussentijdse resultaten van het aangepaste programma voor de humaan papillomavirus (HPV)-vaccinatie?

Antwoord:

De JGZ-organisaties zijn dit voorjaar gestart met de uitbreiding van het programma: zo worden naast meisjes ook jongens gevaccineerd, is de vaccinatieleeftijd verlaagd naar 10 jaar en vindt tegelijkertijd een inhaalcampagne tot 18 jaar plaats. Er is veel publiciteit gegenereerd en de campagne is goed ontvangen. Over de start van de aanvullende HPV-vaccinatie 18- tot en met 26-jarigen is uw Kamer met de voorjaarsnota en later met een Kamerbrief¹³ geïnformeerd. Verder heb ik op 22 februari jl. een brief¹⁴ over de deelname aan het Rijksvaccinatiepro-

¹³ Kamerstuk 32 793, nr. 607.

¹⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 581.

gramma met uw Kamer gedeeld. Hierin heb ik goed nieuws gemeld over de HPV-vaccinatie: ongeveer 70% van de meisjes geboren in 2008 heeft de eerste vaccinatie tegen het HPV-virus gehaald. De opkomst is hiermee hoger dan een jaar eerder: toen lag de opkomst voor meisjes geboren in 2007 op 64%.

Vraag 85

Wat is de status van het implementeren van het advies van de Gezondheidsraad over het vaccineren van zuigelingen tegen rotavirus?

Antwoord:

Mijn voorganger heeft het RIVM gevraagd – om vooruitlopend op de voorjaarsbesluitvorming – te starten met het maken van een implementatieplan. Nu er geen structurele financiële dekking is voor de rotavirusvaccinatie heb ik het RIVM gevraagd om deze voorbereidingen stop te zetten.

Vraag 86

Kan een overzicht gegeven worden van de vaccinatiegraad per vaccin binnen het Rijksvaccinatieprogramma van de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Dit overzicht wordt jaarlijks in juni gegeven in het vaccinatiegraadrapport van het RIVM¹⁵. Ook de Staat voor Volksgezondheid en Zorg¹⁶ hanteert kerncijfers uit de rapportage van het RIVM. Uit de cijfers van de afgelopen vijf jaar blijkt een dalende trend van de vaccinatiegraad in de rapportageperiode 2015–2017, een stabilisatie in 2018 en 2019 en een stijgende trend vanaf 2020. Eind juni worden de nieuwste vaccinatiegraadcijfers bekend. Uit tussentijdse cijfers van januari 2022¹⁷ is bekend dat er een achterstand van 1% is bij de opkomst voor zuigelingenvaccinaties in 2021, mogelijk als gevolg van uitstel van vaccinaties vanwege COVID-19.

Vraag 87

Kunt u aangeven wat de meest recente stand van zaken is met betrekking tot het aangepaste programma HPV dat in februari 2022 zou starten?

Antwoord:

De JGZ-organisaties zijn dit voorjaar gestart met de uitbreiding van het programma: zo worden naast meisjes ook jongens gevaccineerd, is de vaccinatieleeftijd verlaagd naar 10 jaar en vindt tegelijkertijd een inhaalcampagne tot 18 jaar plaats. Er is veel publiciteit gegenereerd en de campagne is goed ontvangen. Over de start van de aanvullende HPV-vaccinatie 18- tot en met 26-jarigen is uw Kamer met de voorjaarsnota en later met een Kamerbrief¹⁸ geïnformeerd. Verder heb ik op 22 februari jl. een brief¹⁹ over de deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma met uw Kamer gedeeld. Hierin heb ik goed nieuws gemeld over de HPV-vaccinatie: ongeveer 70% van de meisjes geboren in 2008 heeft de eerste vaccinatie tegen het HPV-virus gehaald. De opkomst is hiermee hoger dan een jaar eerder: toen lag de opkomst voor meisjes geboren in 2007 op 64%.

Vraag 88

Hoeveel afdelingen binnen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn bezig met kankerbestrijding?

¹⁵ Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2020 | RIVM.

¹⁶ Rijksvaccinatieprogramma (RVP): deelname zuigelingen | De Staat van Volksgezondheid en Zorg (staatvenz.nl).

¹⁷ Kamerstuk 32 793, nr. 581.

¹⁸ Kamerstuk 32 793, nr. 607.

¹⁹ Kamerstuk 32 793, nr. 581.

Antwoord:

Kankerbestrijding is een breed belegd onderwerp binnen het ministerie. Omdat VWS niet op ziektebasis is georganiseerd, wordt vanuit verschillende directies en afdelingen gewerkt aan kankerbestrijding. In totaal gaat het om dertien verschillende directies die in meer en mindere mate in aanraking komen met kankerbestrijding. Denk hierbij aan verschillende invalshoeken, zoals die vanuit preventie, vroege opsporing, behandeling (curatieve zorg), geneesmiddelen, nazorg en palliatieve zorg, informatie-uitwisseling en internationale samenwerking.

Vraag 89

Wat is er aangepast in de werkwijze van het RIVM, zodat bevolkingsonderzoeken in de toekomst zoveel mogelijk doorgang kunnen vinden?

Antwoord:

Het RIVM heeft samen met de ketenpartners verschillende maatregelen uitgewerkt. Die kunnen worden ingezet wanneer de reguliere zorg onder zodanige druk komt te staan dat minder vervolgzorg op de bevolkingsonderzoeken beschikbaar is. De capaciteit in de vervolgzorg is immers bepalend voor het aantal uitnodigingen dat verstuurd kan worden voor het bevolkingsonderzoek. Zonder vervolgonderzoek komen de bevolkingsonderzoeken tijdelijk stil te liggen. Het betreft maatregelen, zoals:

- Korte lijnen met de reguliere zorg om de situatie vanuit de bevolkingsonderzoeken over het voetlicht te brengen en de beschikbaarheid van (vervolg)zorg nauwkeurig te monitoren;
- Meer regionale samenwerking zodat getroffen regio's ontlast kunnen worden en zodat verschuiving van de uitvoering van de screening naar een nabijgelegen regio of vertraagd inplannen van screening mogelijk is;
- Cliënten met een afwijkend resultaat kunnen worden verwezen naar regio's waar wel voldoende capaciteit voor vervolgzorg beschikbaar is;
- Inzet van taakdifferentiatie, waardoor de beschikbare capaciteit efficiënter kan worden ingezet;
- Indien noodzakelijk, kan het (beperkt en onder voorwaarden) tijdelijk verlengen van de uitnodigingsinterval ruimte bieden om de bevolkingsonderzoeken in de lucht te houden;
- Bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker kan meer aandacht besteed worden aan de mogelijkheid tot het gebruik van een zelfafnameset.

De geformuleerde maatregelen geven meer lucht in het systeem, waardoor de bevolkingsonderzoeken naar kanker in het vervolg ook bij hoge druk zo goed mogelijk doorgang kunnen vinden. Hierbij worden de ingezette maatregelen afgestemd op de ernst en omvang van een heropleving van het virus. De kwaliteitskaders blijven gehandhaafd.

Vraag 90

Kan per bevolkingsonderzoek aangegeven worden wat het aantal deelnemers is geweest de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

De monitors van de bevolkingsonderzoeken naar kanker over het jaar 2021 zijn nog niet afgerond. De monitors over 2020 zijn met de brief over de ontwikkelingen in de bevolkingsonderzoeken naar kanker op 17 december 2021 naar de Kamer gestuurd²⁰. Het aantal deelnemers aan de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker en de deelnamegraad in de laatste vijf jaren zijn als volgt:

²⁰ Kamerstuk 32 793, nr. 579.

Jaar	Baarmoederhalskanker	Borstkanker	Darmkanker
2020 ¹	296.487 (49,7%) ²	533.256 (70,4%)	1.331.874 (71,6%)
2019	452.6161 (56,0%)	996.447 (76,0%)	1.573.662 (71,8%)
2018	460.474 (57,6%)	978.833 (76,9%)	1.593.789 (72,9%)
2017	470.412 (57,0%) ³	1.029.097 (76,9%)	1.415.025 (73%)
2016	449.586 (60,3%)	1.020.983 (77,3%)	1.063.651 (73%)

¹ Als gevolg van Covid-19 zijn er in 2020 minder mensen uitgenodigd en hebben minder mensen deelgenomen.

² In 2022 wordt een veegactie gehouden waarin mensen die vanwege Covid-19 niet hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, opnieuw worden uitgenodigd.

³ In 2017 is het geheel vernieuwd bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker gestart.

Vraag 91

Wat is de oorzaak van de toename in overgewicht?

Antwoord:

Er is geen eenduidige of enkele oorzaak aan te wijzen voor het ontstaan van overgewicht. Het Voedingscentrum geeft aan dat er verschillende factoren zijn die kunnen bijdragen aan het ontstaan van overgewicht. Voorbeelden hiervan zijn de obesogene omgeving, individuele oorzaken en genetische invloeden. De laatste CBS cijfers geven aan dat het aantal mensen met overgewicht nu enkele jaren stabiel is rond de 50%.

Vraag 92

Hoe komt het dat, ondanks alle opgesomde maatregelen die mensen op een gezond gewicht moeten brengen, het overgewicht bij jongeren en volwassenen is toegenomen?

Antwoord:

De aanpak van overgewicht vergt een lange adem. De laatste CBS cijfers geven aan dat het aantal volwassenen met overgewicht nu enkele jaren stabiel is rond de 50%. Het RIVM verwacht op basis van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning de komende jaren een groei in het percentage mensen met overgewicht richting 60% in 2040. De inzet van de aanpak van overgewicht is gericht op het keren van deze opwaartse trend. Volgens de Leefstijlmonitor uit 2021 heeft ongeveer 16% van de jongeren tussen de 4 en 17 jaar overgewicht, dit percentage is gestegen ten opzichte van het jaar ervoor. Hoewel overgewicht en obesitas meerdere oorzaken kent, is het aannemelijk dat tijdens de coronapandemie fasen van minder sporten, gebrek aan vrijetijdsbesteding, veel thuis zijn en een ongezond voedingspatroon bijdragen aan de stijging van het aantal jongeren met overgewicht. In de afgelopen twee jaar heeft het kabinet extra ingezet op het verminderen van overgewicht, ingegeven door de COVID-19 pandemie. Uw Kamer wordt na de zomer verder geïnformeerd over de aanpak op overgewicht en voeding, inclusief eventuele aanscherpingen en extra acties.

Vraag 93

Wat zijn de ambities met betrekking tot het aantal JOGG-gemeenten de komende jaren?

Antwoord:

Op dit moment zijn er 203 gemeenten aangesloten bij JOGG. Het is de ambitie dat uiterlijk in 2030 alle gemeenten een JOGG-gemeente zijn.

Vraag 94

Wat is de rol van sport en bewegen in het steunpakket Sociaal en mentaal welzijn?

Antwoord:

Sport en bewegen wordt in dit pakket ingezet voor de kwetsbare groepen en voor jeugd. De alliantie «Sporten en bewegen voor iedereen» heeft specifieke activiteiten uitgevoerd om bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een lichamelijke handicap in beweging te krijgen via de Scoor je PR app van Special Olympics Nederland of Uniek Sporten Thuis. Daarnaast heeft de Bas van de Goor Foundation zich ingezet om mensen met diabetes via een app te kunnen bereiken en mee te laten doen aan de Diabetes challenge. Verder zijn de Summer en Winter Games georganiseerd voor jongeren door onder andere de Cruyff Foundation en de Krajicek Foundation in samenwerking met gemeenten en andere lokale partijen.

Vraag 95

In hoeverre wordt er door leerlingen gebruik gemaakt van gezonde opties in schoolkantines?

Antwoord:

Er is geen eenduidig inzicht in of leerlingen gebruik maken van gezonde opties in schoolkantines. Wetenschappelijk onderzoek laat echter zien dat er een toename van gezonde aankopen plaatsvindt, als het aanbod en de presentatie wordt ingericht conform de Richtlijn Eetomgevingen voor Scholen, ook bekend als de Gezonde Schoolkantine. Het is daarmee bekend dat leerlingen meer gebruik maken van gezonde opties in schoolkantines naar mate het gezonde aanbod groter is en dit aantrekkelijk wordt aangeboden.

Vraag 96

Hoe is het gesteld in de JOGG-gemeenten waar geen daling heeft plaatsgevonden van het aantal kinderen met overgewicht? Indien zij geen daling van het aantal kinderen met overgewicht hebben bereikt: wat is daar de verklaring voor?

Antwoord:

De JOGG-aanpak is een integrale aanpak om de fysieke en sociale omgeving waarin de jeugd opgroeit structureel gezonder te maken. Dit gebeurt in omgevingen waar kinderen en jongeren veel komen: sport, thuis, school, de buurt, vrije tijd, media en werk. De aanpak wordt uitgevoerd door een lokaal werknets van bestuurders, professionals en mensen in de wijk.

Het is nog onvoldoende bekend in welke mate een daling van het aantal kinderen en jongeren met overgewicht plaatsvindt in een JOGG-gemeente. Gemeenten worden binnen de JOGG-aanpak gestimuleerd de JOGG-aanpak te evalueren en monitoren. Deze informatie levert geen eenduidig beeld op. Het RIVM heeft daarom in 2019 onderzocht wat de invloed van de JOGG-aanpak is op overgewicht bij kinderen en jongeren. In het vierde jaar na de invoering van de JOGG-aanpak is het aantal kinderen tussen 2 en 19 jaar met overgewicht 9 procentpunt lager dan het aantal kinderen met overgewicht die niet in een JOGG buurt wonen. Dit verschil bleek echter niet statistisch significant. Een verklaring hiervoor is volgens het RIVM dat er meer gegevens over een langere periode en ook meer JOGG-buurtten nodig zijn. Om deze reden start het RIVM dit jaar met een vervolgonderzoek naar het effect van de JOGG-aanpak op het percentage overgewicht. Het is de bedoeling dat er zo ontwikkeling op de langere termijn te zien is.

Vraag 97

Welke soort maatregelen worden in de ketenaanpak kinderen met overgewicht en obesitas zoal gebruikt?

Antwoord:

De zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas kenmerkt zich door de aandacht aan onderliggende en/of additionele problematiek die een rol speelt bij het overgewicht. De zorg en ondersteuning kan derhalve uit diverse onderdelen bestaan, zowel vanuit het zorgdomein als het sociale domein. Er is een landelijk model ontwikkeld waar gemeenten een lokale invulling aan kunnen geven. Een gecombineerde leefstijl interventie (GLI) kan hier onderdeel van uitmaken. Binnen de ketenaanpak is een goede samenwerking tussen organisaties en personen die invloed hebben op de lokale aanpak van overgewicht bij kinderen noodzakelijk. Daarnaast is het belangrijk dat de aanpak aansluit bij gemeentelijke structuren, ontwikkelingen en verantwoordelijkheden. Professionals die betrokken kunnen zijn bij de aanpak zijn bijvoorbeeld jeugdverpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, opvoedkundig adviseurs en aanbieders van interventies en van reguliere voorzieningen. Een centrale zorgcoördinator zorgt voor de coördinatie en de begeleiding van kind en gezin.

Vraag 98

Waarom duurt het onderzoek naar de uitkomsten van Nutri-Score langer dan verwacht?

Antwoord:

Het evaluatieonderzoek van het Internationale Wetenschappelijk Comité (IWC) is erop gericht het algoritme van Nutri-Score meer in lijn te brengen met de internationale voedingsrichtlijnen. Meerdere scenario's van wijziging van het algoritme worden onderzocht en geëvalueerd. Het IWC betreft hierbij de meest recente wetenschappelijke kennis op het gebied van voeding en gezondheid die van invloed kan zijn op de berekening van het algoritme. Tevens worden de meer dan 70 aandachtspunten voor verbetering van het algoritme, die door diverse stakeholders zijn ingediend, zoveel mogelijk meegenomen in het evaluatieonderzoek. Dit onderzoek is dus omvangrijk en complex. Afronding van het evaluatieonderzoek in december 2021 is daardoor niet mogelijk gebleken. De planning is dat het IWC het onderzoek voor de zomer van 2022 afrondt.

Vraag 99

Welke resultaten zijn tot nu toe geboekt met het Nationale Sportakkoord?

Antwoord:

Inmiddels nemen 343 gemeenten deel aan de regeling sportakkoorden. De negen gemeenten die niet deelnemen doen wel mee aan de extra middelen vanuit het steunpakket Sociale en mentale welzijn en leefstijl gericht op de leefstijlinterventies. De vijf grootste gemeenten voeren een living lab uit. Zij combineren onderzoek met werkzaamheden uit de praktijk om tot innovatieve oplossingen te komen voor bijvoorbeeld het in beweging krijgen van VMBO jongeren. Daarnaast zijn 300 lokale en 58 regionale sportakkoorden afgesloten. In 16% van de gemeenten zijn het sportakkoord en preventieakkoord samengevoegd en in 52% van de gemeenten heeft nauwe afstemming tussen beide plaatsgevonden.

Vraag 100

Hoe zal het aantal buurtsportcoaches worden verhoogd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport?

Antwoord:

Het is niet nodig om het aantal buurtsportcoaches te verhogen. De ontwikkelingen rond de inzet van het aantal fte lopen naar verwachting. Het aantal fte buurtsportcoaches was op 1 september 2021 3.532 fte. De middelen die gemeenten krijgen voor de inzet van buurtsportcoaches zijn

berekend op 3665 fte. Hier zal altijd een licht verschil in bestaan, omdat er een verloop is van personeel en hierdoor vacatures openstaan. Daarnaast mogen gemeenten voor de inzet van middelen zelf bepalen welk normbedrag per fte ze hanteren. Dit is afhankelijk van de kwaliteit en het niveau. Ook hierdoor kunnen verschillen in het vastgestelde fte en het gerealiseerde aantal fte bestaan.

Vraag 101

Hoeveel buurtsportcoaches worden ingezet in het onderwijs?

Antwoord:

In het onderwijs worden 1.216 buurtsportcoaches ingezet, dit 672 fte. Dit is de groep buurtsportcoaches die als vakleerkracht Bewegingsonderwijs wordt ingezet.

Vraag 102

Hoeveel buurtsportcoaches worden gedeeltelijk ingezet in het onderwijs?

Antwoord:

Op 1 september 2021 wordt 1.060 fte aan functionarissen ingezet op de combinatie tussen sport en bewegen en het primair onderwijs. Het gaat hierbij om ongeveer 1.908 aantal buurtsportcoaches. Dit zijn buurtsportcoaches die gedeeltelijk in het onderwijs worden ingezet.

Vraag 103

Hoeveel buurtsportcoaches worden betaald uit de CAO van het onderwijs?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over een overzicht van het aantal buurtsportcoaches dat uit de CAO Onderwijs betaald wordt. Wel is bekend dat in 26% van de gemeenten buurtsportcoaches werken die vallen onder de CAO Onderwijs.

Vraag 104

Hoeveel buurtsportcoaches worden betaald uit de CAO van de sport?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over een overzicht van het aantal buurtsportcoaches dat uit de CAO Sport betaald wordt. Wel is bekend dat in 52% van de gemeenten buurtsportcoaches werken die vallen onder de CAO Sport.

Vraag 105

Wat is per leeftijdsgroep de daling in aantallen van de sportdeelname van de Nederlandse bevolking sinds coronatijd?

Antwoord:

Jaarlijks meet het RIVM, in samenwerking met het CBS, de wekelijkse sportdeelname onder de Nederlandse bevolking van het afgelopen jaar via de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor. Sinds de opheffing van de laatste coronamaatregelen is nog geen nieuwe meting geweest naar sportdeelname. Er zijn wel cijfers bekend over de ontwikkeling in 2021 ten opzichte van 2020.

Het RIVM en CBS rapporteerden over 2020 en 2021 het volgende aandeel wekelijkse sporters per leeftijdsgroep:

Leeftijdsgroep	2020	2021
4 t/m 11 jaar	64,5%	60,3%
12 t/m 17 jaar	69,9%	74,3%
18 t/m 64 jaar	56,9%	56,1%
65 jaar en ouder	37,8%	37,3%
Totaal	54,7%	54,0%

Bron: <https://www.sportenbewegenincijfers.nl/kernindicatoren/sportdeelname-wekelijks>

Voor wat betreft absolute aantallen rapporteerde NOC*NSF op basis van eigen onderzoek dat het aantal Nederlanders dat in 2021 wekelijks sport, afnam met 800.000 ten opzichte van 2020. Dit wijkt af van de ontwikkeling die het RIVM/CBS rapporteert. Echter, daarbij worden geen absolute aantallen berekend.

Nieuwe sportdeelnamecijfers van het RIVM en CBS over 2022 volgen in 2023. Daarnaast verschijnt in het najaar van 2022 de nieuwe Monitor Sport en Corona van het Mulier Instituut, waarin wordt ingegaan op de effecten van de coronacrisis op de sportwereld.

Vraag 106

Met hoeveel productcodes wordt er in de (jeugd)zorg gewerkt, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Er worden thans in de jeugdhulp 3800 verschillende productcodes gebruikt, hetgeen nog niet alles zegt. Gemeenten definiëren veel eigen «producten» met dito verantwoordingseisen voor een beperkt aantal vormen van dienstverlening. In 1 bericht kunnen declaraties voor meerdere cliënten zitten en deze kunnen via verschillende productcodes worden gedeclareerd. Die keuze voor een productcode is afhankelijk van wat gemeenten met hun aanbieders afspreken.

Vraag 107

Wat is de opbrengst van de initiatieven GROZ Eindhoven en GROZ Rotterdam? Hoeveel geld is daaraan besteed?

Antwoord:

GROZ Eindhoven heeft subsidie ontvangen ter hoogte van 300.000,-. Daarnaast is 300.000,- aan co-financiering door GROZ Eindhoven zelf opgebracht. Deze subsidie is nog niet afgerond en loopt tot 4 november 2022.

Groz Rotterdam is een van de nieuwe fieldlabs binnen de transitieagenda Human Capital van de Topsector Life Science and Health. Resultaten daarvan komen later dit en volgend jaar. Groz Rotterdam heeft geen financiering vanuit VWS ontvangen.

Groz Eindhoven heeft de afgelopen periode al de nodige opbrengsten behaald.

Zo is Groz Eindhoven actief in 4 verschillende wijken, zijn ruim 2.000 inwoners actief in het programma rond fysieke fitheid, zijn 8 gemeenten aangesloten en wordt er hard gewerkt aan een business case, uitgaande van social return on investment. Ook lukt het steeds beter om verbanden te leggen tussen de inwoner, de eerste lijn en het sociaal domein, zodat ook meer uitgegaan kan worden van de wensen en behoeften van inwoners. Daarnaast wordt actief samengewerkt met hogescholen zoals

Fontys en met bedrijven zoals Van der Valk en Simac. GROZ Eindhoven participeert tevens actief in een community met andere fieldlabs, waarin van elkaar wordt geleerd en ervaringen worden uitgewisseld.

Vraag 108

Kan de zorgsector de uitval van personeel door ziekteverzuim goed opvangen? Tegen welke problemen wordt er hierbij aangelopen, en hoe kunt u de sector ondersteunen?

Antwoord:

Het ziekteverzuim is mede onder invloed van corona de afgelopen jaren gestegen en blijft daardoor een punt van zorg. Hoewel het ziekteverzuimpercentage in de zorgsector met 6,8% in 2021 hoger lag dan het gemiddelde van alle bedrijfstakken in Nederland, bestaan er ook grote verschillen in ziekteverzuim binnen en tussen regio's en branches in de zorgsector. Het opvangen van uitval van personeel door ziekte is daardoor voor alle werkgevers een lastige opgave, maar de mate waarin varieert van werkgever tot werkgever.

Uit een analyse in het kader van het AZW onderzoeksprogramma blijkt dat de werkbeleving van medewerkers een belangrijke rol speelt in de aanpak van ziekteverzuim onder medewerkers²¹. Het gaat onder meer om de ervaring van ongewenst gedrag op de werkvloer en bejegening door de leidinggevende, maar ook om de mate waarin medewerkers kunnen voldoen aan de fysieke en psychische eisen van het werk. Het loont daarom voor organisaties om te investeren in gezond en veilig werk.

Het creëren van een gezonde en veilige werkomgeving is in eerste plaats een taak van de werkgevers in de zorg. Zoals ik in de Hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg heb aangegeven, ben ik voornemens om werkgevers hierbij te ondersteunen door in te zetten op meer ruimte voor goed werkgeverschap en werkplezier²². De komende maand ga ik met werkgevers, werknemers en andere partijen die hieraan een bijdrage kunnen leveren in gesprek, met als doel te komen tot een uitgewerkt programmaplan met maatregelen. Uw Kamer ontvangt dit uitgewerkte plan deze zomer. Overigens betekent dit niet dat er niet ook nu al het nodige gebeurt om werkgevers te ondersteunen bij het voorkomen van ziekteverzuim. Er zijn al veel werkgevers die hier actief mee bezig zijn. Het Actie Leer Netwerk verzamelt en verspreidt goede voorbeelden rond gezond en veilig werken op haar site.

Vraag 109

Hoe werd er afgelopen jaar invulling gegeven aan de personeelsnorm in verpleeghuizen?

Antwoord:

In de 5^e voortgangsrapportage Waardigheid en Trots (Kamerstuk 31 765, nr. 546) is vermeld, dat het aantal werknemers in de verpleeghuiszorg in de periode 2017 tot 3^e kwartaal 2020 is gestegen met 25.000 fte (bron Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW)). De stijging van het aantal werknemers heeft zich in 2021 voortgezet tot circa 29.000 fte. De personeelsontwikkeling in 2021 is sterk beïnvloed door de COVID-situatie.

²¹ Verzuim in Zorg en welzijn – Inzichten op basis van kerncijfers AZW Statline en NEA. <https://www.azwinfo.nl/wp-content/uploads/2021/12/21114-azw-analyse-verzuim-zorgwelzijn-2021-2.pdf>.

²² Kamerstuk 29 282, nr. 462.

Vraag 110

Wat betekent het loslaten van de personeelsnorm voor de personele bezetting in verpleeghuizen?

Antwoord:

In het coalitieakkoord is afgesproken dat het kwaliteitskader van de verpleeghuiszorg wordt doorontwikkeld. De Minister voor LZS heeft het Zorginstituut de opdracht gegeven om deze doorontwikkeling te coördineren. Onderdeel van deze doorontwikkeling is het loslaten van de eerdere interpretatie van de personeelsnorm van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit biedt meer ruimte om met behulp van inzet van technologie en innovatie zorg te verlenen. Dit zal meer flexibiliteit geven in de inzet van personeel, zodat per situatie meer of minder personeel kan worden ingezet en wordt beter aangesloten bij de veranderende organisatie van zorg.

Vraag 111

Wat heeft het kabinet het afgelopen jaar in gang gezet om meer personeel aan te trekken?

Antwoord:

Om ervoor te zorgen dat er nu en in de toekomst voldoende medewerkers in de zorg zijn die goed zijn toegerust voor en tevreden zijn met het belangrijke werk dat zij doen, is in de vorige kabinetsperiode (t/m 2021) uitvoering gegeven aan het actieprogramma Werken in de Zorg. Het zwaartepunt van de aanpak lag in de regio, de acties richtten zich met name op het behoud van personeel, verhogen van de instroom en werd gekeken hoe zorg anders georganiseerd kan worden. Instrumenten die hiervoor werden ingezet zijn met name Sectorplanplus (voor zorginstellingen voor scholing en behoud van medewerkers), Sterk in je Werk plus (loopbaanoriëntatie en -begeleiding voor medewerkers), middelen voor een marktconforme loonontwikkeling in de zorg (via de OVA systematiek) en concrete ondersteuning vanuit het Actie Leer Netwerk en het Regioteam voor de regio's.

Via data-driven monitoring maken we inzichtelijk in welke mate de acties helpen om de opgave effectief aan te pakken. De cijfers zijn online voor iedereen te volgen: het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) maakt voor de kernindicatoren visualisaties in een online dashboard voor het Actieprogramma Werken in de Zorg²³.

In 2021 zijn we bovendien praktische ondersteuning blijven bieden aan het veld bij de arbeidsmarktgevolgen van COVID-19.

De uitdagingen op de arbeidsmarkt blijven ook de komende periode een van de grootste uitdagingen waar we voor staan in de zorg. Het kabinet heeft daarom bij de begroting van 2021 al besloten om structureel middelen beschikbaar te stellen: 80 miljoen euro in 2022 en vanaf 2023 een bedrag van 130 miljoen euro per jaar. Uw Kamer heeft op 13 mei jongstleden een brief²⁴ ontvangen waarin de aanpak voor de komende jaren gericht op een toekomstbestendige arbeidsmarkt in zorg en welzijn op hoofdlijnen wordt geschetst.

Vraag 112

Hoeveel personeel in de (jeugd)zorg is er afgelopen jaar bijgekomen? Kunt u dit uitsplitsen per sector?

²³ Via de AZW StatLine via <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/> en het AZW Dashboard <https://dashboards.cbs.nl/v1/AZWDashboard/> van het CBS.

²⁴ Kamerstuk 29 282, nr. 462.

Antwoord:

In de periode Q4 2020- Q4 2021 zijn er 149.080 werknemers de sector ingestroomd. In onderstaande tabel zijn de aantallen per branche weergegeven.

	instroom
Zorg en welzijn (smal)	149.080
Universitair medische centra	7.470
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	17.330
Geestelijke gezondheidszorg	9.480
Huisartsen en gezondheidscentra	3.280
Overige zorg en welzijn	20.540
Verpleging, verzorging en thuiszorg	56.530
Gehandicaptenzorg	19.900
Jeugdzorg	4.200
Sociaal werk	10.340

Bron: AZW Statline

Vraag 113

Hoeveel zorgverleners zijn er afgelopen jaar gestopt? Kunt u dit uitsplitsen per sector?

Antwoord:

In de periode Q4 2020-Q4 2021 zijn er 127.820 werknemers de sector uitgestroomd. In onderstaande tabel zijn de aantallen per branche weergegeven.

Zorg en welzijn (smal)	127.820
Universitair medische centra	6.900
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	17.100
Geestelijke gezondheidszorg	8.400
Huisartsen en gezondheidscentra	2.660
Overige zorg en welzijn	16.840
Verpleging, verzorging en thuiszorg	46.730
Gehandicaptenzorg	16.620
Jeugdzorg	3.760
Sociaal werk	8.820

Vraag 114

Hoe groot is het tekort aan (jeugd)zorgverleners?

Antwoord:

Op basis van het Prognosemodel Zorg en Welzijn²⁵ bedraagt het verwachte personeelstekort in de jeugdzorg in 2022 700 werknemers. In 2031 wordt een tekort van 1.900 werknemers verwacht.

Vraag 115

Wat is het gemiddelde salaris van een (jeugd)zorgverlener? Kunt u dit uitsplitsen per sector en per type zorgverlener?

Antwoord:

Het gemiddelde bruto jaarsalaris binnen de sector zorg en welzijn (inclusief kinderopvang) bedroeg in 2020 circa 32.700 euro²⁶ (op basis werkelijk aantal gewerkte uren).

²⁵ www.prognosemodelzw.nl.

²⁶ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84165NED/table?dl=68DF3> afgerond op honderden euro's.

Hieronder is op basis van gegevens van het pensioenfonds Zorg en Welzijn²⁷ een uitsplitsing weergegeven per branche (gehele personeelsbestand) en vervolgens ook per type zorgverlener. Het betreft het gemiddelde bruto jaarsalaris 2020 afgerond op honderden euro's. Dit is op basis van het werkelijk aantal gewerkte uren, dus naast de hoogte van het uurloon is ook de deeltijdfactor²⁸ van invloed op het gemiddelde per branche en type zorgverlener. De uitsplitsing naar type zorgverlener is op basis van de uitsplitsing die PFZW maakt. Dit betreft soms brede categorieën met daarin ook medewerkers met verschillende opleidingsniveaus. Bij verpleegkundige gaat het bijvoorbeeld zowel om verpleegkundigen met een mbo-opleiding als om verpleegkundigen met een hbo-opleiding.

Branche	
Gehandicaptenzorg	€ 28.300
GGZ	€ 41.500
Huisartsen en gezondheidscentra	€ 28.500
Jeugdzorg	€ 41.000
Sociaal Werk	€ 35.500
Thuiszorg	€ 19.900
Verpleeg- en verzorgingshuizen	€ 24.700
Ziekenhuizen	€ 39.100
Umc's	€ 56.800

Bron: PFZW (behalve voor Umc's die op basis CBS)

Branche	Type zorgverlener	
Gehandicaptenzorg	activiteitenbegeleider	€ 21.700
Gehandicaptenzorg	afdelingsassistent	€ 19.800
Gehandicaptenzorg	ambulant begeleider thuiszorg	€ 26.400
Gehandicaptenzorg	begeleider gehandicaptenzorg	€ 26.200
Gehandicaptenzorg	gedragsdeskundige	€ 46.300
Gehandicaptenzorg	geneeskundig specialist/profielarts	€ 72.600
Gehandicaptenzorg	maatschappelijk werkende	€ 29.800
Gehandicaptenzorg	ondersteunend begeleider gehandicaptenzorg	€ 21.300
Gehandicaptenzorg	persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg	€ 29.600
GGZ	activiteitenbegeleider	€ 30.700
GGZ	agogisch werkende	€ 35.200
GGZ	begeleider psychiatrische zorg	€ 33.800
GGZ	gedragsdeskundige	€ 47.800
GGZ	maatschappelijk werkende	€ 40.800
GGZ	verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige	€ 49.300
GGZ	verpleegkundige	€ 41.000
GGZ	zorghulp/afdelingsassistent	€ 24.000
Jeugdzorg	activiteitenbegeleider	€ 36.700
Jeugdzorg	gedragwetenschapper	€ 47.500
Jeugdzorg	jeugdzorgwerker	€ 38.800
Jeugdzorg	verpleegkundige	€ 32.900
Sociaal Werk	activiteitenbegeleider	€ 29.200
Sociaal Werk	maatschappelijk werker	€ 39.200
Sociaal Werk	sociaal cultureel werker	€ 37.100
Sociaal Werk	sociaal pedagogisch werker	€ 29.500
Sociaal Werk	verpleegkundige	€ 39.700
Sociaal Werk	woonbegeleider	€ 36.100
Sociaal Werk	ziekenverzorgende	€ 31.000

²⁷ Voor umc's op basis van cijfers van het CBS <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83652NED/table?dl=68DF9>. Voor de branche overige zorg en welzijn zijn geen cijfers voor handen.

²⁸ De deeltijdfactor bedraagt gemiddeld 0,68 binnen zorg en welzijn en varieert van 0,54 binnen de thuiszorg tot 0,80 binnen de umc's.

Branche	Type zorgverlener	
Thuiszorg	activiteitenbegeleider	€ 23.800
Thuiszorg	geneeskundig specialist/profielarts	€ 83.100
Thuiszorg	maatschappelijk werkende	€ 36.100
Thuiszorg	verpleegkundige	€ 30.000
Thuiszorg	verzorgende	€ 22.600
Thuiszorg	zorghulp/afdelingsassistent/huishoudelijk medewerker	€ 11.300
Verpleeg- en verzorgingshuizen	activiteitenbegeleider	€ 22.800
Verpleeg- en verzorgingshuizen	geneeskundig specialist/profielarts	€ 86.600
Verpleeg- en verzorgingshuizen	maatschappelijk werkende	€ 34.900
Verpleeg- en verzorgingshuizen	verpleegkundige	€ 32.100
Verpleeg- en verzorgingshuizen	verzorgende	€ 25.800
Verpleeg- en verzorgingshuizen	zorghulp/afdelingsassistent	€ 13.500
Ziekenhuizen	basisarts	€ 57.100
Ziekenhuizen	fysiotherapeut	€ 38.500
Ziekenhuizen	gedragsdeskundige	€ 47.800
Ziekenhuizen	geneeskundig specialist/profielarts	€ 87.800
Ziekenhuizen	maatschappelijk werkende	€ 38.500
Ziekenhuizen	medewerker/leidinggevende polikliniek	€ 25.700
Ziekenhuizen	verpleegkundige	€ 37.400
Ziekenhuizen	zorghulp/afdelingsassistent	€ 18.100

Bron: PFZW

Vraag 116

Welke sectoren van de zorg hebben de zwaarste personeelstekorten, en welke mogelijkheden heeft u om de personeelstekorten te verlichten?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft het verwachte personeelstekort in 2022 en 2031 per branche weer, zowel in aantallen als in percentage ten opzichte van de vraag. Het verwachte tekort in 2022 is met 24.000 werknemers het grootst in de VVT (een tekort van 4,6%). Het gaat om een tekort van 17.900 werknemers in de verpleeghuiszorg tot 6.100 in de thuiszorg. Ook in 2031 is het tekort met 67.300 werknemers het grootst in de VVT (10,3%). Daarnaast wordt in 2031 ook in de ziekenhuizen een groot tekort van 24.400 werknemers verwacht (9,1%).

	Aantallen		Percentage ¹	
	2022	2031		
Universitair medische centra	2.600	6.500	- 3,0%	- 6,8%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	9.900	24.400	- 4,0%	- 9,1%
Geestelijke gezondheidszorg	4.200	9.300	- 4,0%	- 8,5%
Huisartsen en gezondheidscentra	1.600	3.300	- 4,4%	- 7,7%
Overige zorg en welzijn	3.000	10.600	- 2,3%	- 7,2%
Verpleeghuiszorg	17.900	51.900	- 4,9%	- 10,3%
Thuiszorg	6.100	15.400	- 4,0%	- 8,4%
Gehandicaptenzorg	2.100	8.800	- 1,1%	- 4,4%
Jeugdzorg	700	1.900	- 2,1%	- 5,3%
Sociaal werk	600	2.800	- 1,1%	- 5,1%
Totaal	48.600	135.000	- 3,5%	- 8,2%

¹ Het tekort gedeeld door de optelsom van de vervulde vraag en het tekort.

Bron: ABF Research

Uw Kamer heeft op 13 mei jongstleden de Hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn²⁹ ontvangen waarin de aanpak voor de komende jaren op hoofdlijnen wordt geschetst. Deze zomer wordt dit uitgewerkt tot een concreet programmaplan met maatregelen. De aanpak van de uitdagingen op de arbeidsmarkt vraagt iets van alle partijen. Doel is dat met een gerichte aanpak de zorg een fijne plek is om te werken en de zorg efficiënter wordt georganiseerd, zodat er ook op de lange duur, met minder meer mensen voldoende zorg kan worden verleend. We zullen andere werkvormen binnen zorg en welzijn moeten gaan realiseren. Werkvormen waarbij regionaal gedeeld werkgeverschap, zorgverlening door de inzet van werkdruk verlagende technologie en behoud van zorgmedewerkers centraal staat. De energie moet zich richten op goed werkgeverschap met aandacht voor werkdruk en de werk-privé-balans, opleidingsmogelijkheden, zeggenschap en aandacht voor cultuursensitieve aspecten. En zorgopleidingen moeten, gegeven de voorliggende ambitie, flexibel zijn en aansluiten op het continu veranderende zorglandschap.

In de zomer van 2022 ontvangt uw Kamer een uitgewerkt programmaplan.

Vraag 117

Waarom zijn er geen actuele cijfers met betrekking tot het verwacht personeelstekort? Waarom is het actuele cijfer van 2020?

Antwoord:

Op 20 januari jl. heb ik uw Kamer in een brief³⁰ geïnformeerd over de nieuwe prognose van het verwachte personeelstekort die ABF Research in december 2021 heeft opgeleverd. Deze prognose is gemaakt op basis van realisatiecijfers over 2020 voor wat betreft het zorggebruik en de arbeidsmarkt, omdat realisatiecijfers over 2021 pas gedurende 2022 beschikbaar komen. Eind van 2022 komt een nieuwe prognose beschikbaar.

Vraag 118

Waarom is er gekozen voor een eenmalige verhoging van de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling van € 675 miljoen per 2022? Welke zorgverleners in welke zorgsector hebben hier profijt van gehad?

Antwoord:

Jaarlijks stelt het kabinet de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (de ova) beschikbaar. Met deze bijdrage wordt een marktconforme loonontwikkeling in de zorg mogelijk gemaakt. De afgelopen kabinetsperiode 2018–2021 is met de overheidsbijdrage circa 6 miljard euro aan extra arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar gekomen. Voor 2022 bedraagt de ova ongeveer 1,6 miljard euro. Specifiek voor de middengroepen uit de loongebouwen van zorg en welzijn heeft het vorige kabinet daar bovenop nog eens 675 miljoen euro beschikbaar gesteld. Het betreft een eenmalige verhoging van de ova, maar die werkt wel structureel door (het is een extra plak met structureel geld die erbovenop komt).

Het Ministerie van VWS heeft met een representatieve meerderheid van de werkgevers binnen zorg en welzijn een overeenkomst gesloten over de aanvulling op de reguliere ova in 2022. Daarin is ondermeer afgesproken dat werkgevers zich zullen inzetten om de extra middelen in te zetten voor de middengroepen in het loongebouw (conform SER-advies «Aan de slag voor de zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt» (Bijlage bij Kamerstuk 29 282, nr. 437)). Het is vervolgens aan sociale partners om via cao's afspraken te maken over de precieze inzet van deze 675 miljoen euro aan extra arbeidsvoorwaardenruimte. De afgelopen periode zijn binnen

²⁹ Kamerstuk 29 282, nr. 462.

³⁰ Kamerstuk 29 282, nr. 451.

zorg en welzijn veel nieuwe cao's afgesloten en daarin zie ik ook dat er afspraken zijn gemaakt over extra beloningen voor werknemers in het midden van het loongebouw. Denk aan het toevoegen van extra treden aan de salarisschalen in het midden van het loongebouw bij onder meer de cao ziekenhuizen en de cao gehandicaptenzorg.

Vraag 119

Heeft u een beeld van het aantal studenten die verschillende opleidingen doorlopen, en hoe zich dit verhoudt tot de tekorten in verschillende beroepsgroepen in de zorgsector?

Antwoord:

VWS stelt jaarlijks plekken beschikbaar voor de vervolgopleidingen waarvan de bekostiging onder de verantwoordelijkheid van VWS valt. Hierbij dienen de adviezen van het Capaciteitsorgaan als uitgangspunt. Ultimo december 2020 is de Kamer geïnformeerd over het laatste advies en de kabinetsreactie daarop.³¹ Voor het grootste deel van de opleidingen geldt dat de feitelijke instroom in de opleidingen overeenkomt met de beschikbare aantallen plekken. Van enkele opleidingen is bekend dat het lastig is om de benodigde instroom in de opleiding te realiseren. De hiermee samenhangende tekorten doen zich met name voor bij de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, arts maatschappij en gezondheid, klinisch psycholoog en een groot aantal medisch ondersteunende en verpleegkundige beroepen (FZO-beroepen). Bij deze laatste categorie opleidingen stelt VWS overigens geen opleidingsplaatsen beschikbaar, maar een budget waarop instellingen die deze opleidingen verzorgen een beroep kunnen doen.

Realisatie beschikbare opleidingsplaatsen 2021

Opleiding	Beschikbaar	Gerealiseerd
Specialist ouderengeneeskunde	260	150
Arts voor verstandelijk gehandicapten	27	15
Art maatschappij en gezondheid	190	157
Klinisch psycholoog	185	174
FZO-beroepen	3.930	2621
	(advies CO)	

Vraag 120

Wat is de stand van zaken van het programma CZO Flex Level en wat zijn de huidige resultaten? Kan het eventueel worden doorgetrokken naar andere opleidingen?

Antwoord:

In september 2018 is VWS gestart met een subsidie voor het project CZO Flex Level, waarin de verpleegkundige vervolgopleidingen worden geflexibiliseerd door ze op te bouwen uit modules (zogenaamde Entrusted Professional Activities: EPA's). Het project loopt voorspoedig met het opleveren van bijna alle EPA's. Met de op handen zijnde studiepuntentoe-deling (CZO Credits) per opleiding en de richtlijnen voor het vrijstellingen-beleid, is de architectuur van het flexibel en samenhangend opleidings-stelsel rond. Wat nog rest is het opleveren van de definitieve EPA's voor het cluster MOO (medisch ondersteunende opleidingen). De medisch specialistische opleidingen werken ook met EPA's. Medio 2023 zal het project CZO Flex Level in de afrondende fase komen. Het is goed voor te stellen dat andere (vervolg) opleidingen deze goede voorbeelden zullen volgen. Initiatief hiervoor ligt bij het veld. Deze nieuwe manier van opleiden vraagt ook om een andere manier van bekostigen. VWS verkent

³¹ Kamerstuk 29 282, nr. 427.

daarom met CZO Flex, NVZ, NFU vanaf medio 2022 de mogelijkheden hiervoor en streeft naar een nieuwe bekostiging per 1 jan. 2024.

Vraag 121

Welke concrete resultaten kunnen worden toegeschreven aan de investering van 255 miljoen euro inzake het aanpakken van wachtlijden in de (gespecialiseerde) jeugdzorg?

Antwoord:

Het grootste deel van de middelen is naar de gemeenten gegaan via de Algemene Uitkering van het Gemeentefonds. Gemeenten hebben de middelen vooral ingezet om budgetplafonds in 2021 op te heffen of te verruimen. Een aantal gemeenten heeft de middelen ingezet voor andere maatregelen, bijv. een systeemaanpak of een zorgmakelaar die casusgericht inspringt.

Een deel van de middelen (€ 3,2 miljoen) is besteed aan een opdracht aan het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ). De aanpak van het OZJ bestaat uit:

- zicht krijgen op de omvang van de wachtlijden door een analyse van het berichtenverkeer;
- zicht krijgen op onderliggende factoren op regionaal niveau, om deze factoren regionaal aan te pakken en daar vervolgens in de praktijk van te leren;
- de inzichten in data en onderliggende factoren versterken elkaar (kwantitatief vs. kwalitatief).

Het OZJ ondersteunt momenteel 2 pilotregio's en 9 leerexpeditie regio's. In deze 11 regio's hebben we achterliggende factoren van wachtlijden geanalyseerd. Aan de hand hiervan zoeken we naar en testen we universele en structurele oplossingen om het symptoom wachtlijden aan te pakken. We ontwikkelen een werkpakket voor alle regio's. In de publicatie «Een functionele kijk op wachtlijden»³² wordt aangegeven aan welke universele oplossingen men nu al kan denken, bijvoorbeeld: in- door- en uitstroom, versterken van het gewone leven/ inzet op preventie, inzetten op betere analyse, vroegsignalering, integrale aanpak (kijk breder dan het kind) Op deze manier kunnen de regio's zelf concreet de wachtlijden aanpakken. We gaan dit jaar verder uitbreiden naar andere regio's.

De aanpak van wachtlijden en wachtlijsten zet in op structurele oplossingen om de oorzaken ervan aan te pakken. Dat is een proces van de lange adem. Wel is in de regio Rijnmond al het nut gebleken van het diep in de cijfers duiken. Door een administratieve opschoning van het systeem blijken er om en nabij 140 minder wachtenden te zijn dan was voorzien.

Vraag 122

Waarom is er geen nulmeting en actuele stand met betrekking tot meedoen van mensen met een chronische ziekte of levenslange beperking?

Antwoord:

De groep mensen met een beperking of chronische ziekte is zeer uiteenlopend. Het kunnen meedoen van deze brede groep op alle domeinen van het leven is niet eenvoudig te vatten in indicatoren. Om de voortgang van het programma Onbeperkt meedoen! te monitoren heeft het RIVM in opdracht van VWS in 2019, 2020 en 2021 een cijferoverzicht

³² Een functionele kijk op wachtlijden | Publicatie | voor Jeugd & Gezin (voordejeugdenhetgezin.nl).

gepubliceerd. Dit cijferoverzicht biedt een breed scala aan indicatoren aan om weer te geven in hoeverre mensen met een beperking kunnen meedoen in maatschappij. Voor zo ver beschikbaar gaat het eerste cijfer over 2015 of 2016, vlak voordat het programma Onbeperkt meedoen! van start ging. Voor de meest actuele cijfers verwijs ik u graag naar het cijferoverzicht RIVM Onbeperkt Meedoen 2021 (<https://www.rivm.nl/documenten/cijferoverzicht-onbeperkt-meedoen>).

Om inzicht te krijgen in ontwikkelingen in de tijd, worden ook cijfers van eerdere jaren gepresenteerd. Er zijn geen analyses uitgevoerd om vast te stellen of veranderingen over de tijd statistisch significant zijn.

Vraag 123

Wat zijn de opbrengsten van de 26 miljoen euro extra voor bovenregionale expertisecentra en de 613 miljoen euro extra aan gemeenten?

Antwoord:

Het resultaat voor de bovenregionale expertisecentra is dat alle acht bovenregionale expertisenetwerken actief zijn. De expertisenetwerken hebben tot nu toe in meer dan 115 casussen voorzien in consultatie en advies. Ook is er tot nu toe bij 124 vastgelopen zorgvragen zorg georganiseerd of zijn betrokken partijen geholpen om dit te realiseren. Het bovenregionale expertisenetwerk brengt ook in beeld voor welke jongeren het in het gebied nog niet goed lukt om passende hulp te organiseren en waarom dit niet lukt. Indien er voor groepen jongeren géén passende plek is of ontoereikende zorg, dan ondersteunt het netwerk de doorontwikkeling van bestaande zorg óf de realisatie van nieuwe voorzieningen. Zo zijn er inmiddels 48 nieuwe plekken gerealiseerd.

Het kabinet had voor 2021 € 613 miljoen beschikbaar gesteld voor de acute problemen in de jeugdzorg. De extra middelen zijn onder andere bedoeld om uitbreiding van de crisiscapaciteit jeugd-ggz mogelijk te maken (€ 50 miljoen), wachttijden aan te pakken (€ 255 miljoen), de vastgoedtransitie van accommodaties gesloten jeugdhulp en open drieluikvoorzieningen (€ 55 miljoen), vereenvoudiging jeugdbeschermingsketen (€ 15 miljoen), tegengaan van verdringing³³ (€ 228 miljoen) en het stimuleren van de POH-Jeugd (€ 10 miljoen).

Het grootste deel van de middelen voor de aanpak van wachttijden is naar de gemeenten gegaan via de Algemene Uitkering Gemeentefonds. Doordat het budget voor jeugdzorg onder de beleids- en bestedingsvrijheid van gemeenten valt, hoeven gemeenten hun uitgaven niet aan het Rijk te verantwoorden. Gemeenten hebben de middelen vooral ingezet om budgetplafonds in 2021 op te heffen of te verruimen. Een aantal gemeenten heeft de middelen ingezet voor andere maatregelen, bijv. een systeemaanpak of een zorgmakelaar die casusgericht inspringt. Een deel van de middelen (€ 3,2 miljoen) is besteed aan een opdracht aan het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) om inzicht en overzicht van regionale wachttijden en de daaraan onderliggende oorzaken te creëren.

Verreweg het grootste deel van de middelen voor de uitbreiding van de crisiscapaciteit jeugd-ggz – ongeveer 80 procent – is door zorgaanbieders aangevraagd voor het bekostigen van extra zorgcapaciteit, variërend van (licht)ambulant tot klinische zorg. De resterende 20 procent van de middelen is aangevraagd voor activiteiten om crises zo veel als mogelijk te voorkomen, het intensiveren van bestaande zorgtrajecten om

³³ Daar waar bij de specialistische jeugdhulp de wachttijden reeds zijn teruggebracht tot op of onder de norm is dat veelal ten koste gegaan van andere noodzakelijke uitgaven dan wel lastenstijgingen en bieden de extra middelen soelaas om die verdringing te compenseren.

verzwaring problematiek op te vangen, het versterken van professionals door scholing en consultatie en het doorontwikkelen van zorg zoals inzet op e-health.

Verder is er in de jaren 2020 en 2021 een totaalbedrag van € 88,5 miljoen middels een specifieke uitkering beschikbaar gesteld aan coördinerende gemeenten voor de vastgoedtransitie van accommodaties gesloten jeugdhulp en open driemilieusvoorzieningen. Alle betrokken gemeenten hebben de middelen inmiddels ontvangen en zijn bezig met het opstellen en uitvoeren van de plannen in het kader van deze regeling, die beoogt om de vastgoedtransitie binnen de (gesloten) residentiële jeugdhulp een impuls te geven.

Met de middelen voor de doorbraakaanpak en de pilots vereenvoudiging Jeugdbescherming is het toekomstscenario opgesteld, zijn zes proeftuinen ingericht en van start gegaan en zullen in 2022 nog vier proeftuinen starten.

Vraag 124

Wat heeft de 255 miljoen euro voor de aanpak wachttijden in de (gespecialiseerde) jeugdzorg concreet opgeleverd? Hoeveel jongeren zijn geholpen? Zijn de wachtlijsten daadwerkelijk geslonken? Zo ja, in welke mate? Is dit genoeg geld om het probleem aan te pakken?

Antwoord:

Ik heb aan gemeenten extra geld beschikbaar gesteld, zodat zij zelf extra inzet kunnen plegen op het aanpakken van wachttijden. De besteding van deze middelen is aan gemeenten zelf. Gemeenten hebben de middelen vooral ingezet om budgetplafonds in 2021 op te heffen of te verruimen. Een aantal gemeenten heeft de middelen ingezet voor andere maatregelen, bijv. een systeemaanpak of een zorgmakelaar die casusgericht inspringt.

Een deel van de middelen (€ 3,2 miljoen) is besteed aan een opdracht aan het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ). De aanpak van het OZJ bestaat uit:

- zicht krijgen op de omvang van de wachttijden door een analyse van het Berichtenverkeer;
- zicht krijgen op onderliggende factoren op regionaal niveau, om deze factoren regionaal aan te pakken en daar vervolgens in de praktijk van te leren;
- de inzichten in data en onderliggende factoren versterken elkaar (kwantitatief vs. kwalitatief).

Het OZJ ondersteunt momenteel twee pilotregio's en 9 leerexpeditie regio's. In deze 11 regio's hebben we achterliggende factoren geanalyseerd. Aan de hand hiervan zoeken we naar en testen we universele en structurele oplossingen om het symptoom wachttijden aan te pakken. We ontwikkelen een werkpakket voor alle regio's. In de publicatie «Een functionele kijk op wachttijden»³⁴ wordt aangegeven aan welke universele oplossingen men nu al kan denken, bijvoorbeeld: in- door- en uitstroom, versterken gewone leven/inzet op preventie, inzetten op betere analyse, vroegsignalering, integrale aanpak (kijk breder dan het kind) Op deze manier kunnen de regio's zelf concreet de wachttijden aanpakken. We gaan dit jaar verder uitbreiden naar andere regio's.

De aanpak van wachttijden en wachtlijsten zet in op structurele oplossingen om de oorzaken ervan aan te pakken. Dat is een proces van de

³⁴ Een functionele kijk op wachttijden | Publicatie | voor Jeugd & Gezin (voordejeugdenhetgezin.nl).

lange adem. Het is daarom te vroeg om te kunnen zeggen dat wachttijden al zijn gedaald.

Het is belangrijk de uitkomsten van de aanpak van het OZJ af te wachten. We bezien daarbij of het nodig is de aanpak wachttijden van het OZJ te verlengen. Daarnaast ben ik bezig met de Hervormingsagenda die moet leiden tot inhoudelijke verbeteringen van de jeugdzorg. Deze inhoudelijke verbeteringen zullen daarmee ook behulpzaam zijn bij het effectief aanpakken van wachttijden.

Vraag 125

Hoeveel bovenregionale expertisecentra zijn inmiddels gestart? Hoe staat het met de voortgang van deze centra? Bestaan de expertisecentra naast kennisdeling ook uit fysieke extra plekken voor jongeren? Hoeveel extra plekken zijn er in deze expertisecentra gecreëerd voor jongeren die hulp nodig hebben?

Antwoord:

Alle acht bovenregionale expertisenetwerken zijn actief. Voor ouders met een hulpvraag is in eerste instantie het regionale expertteam beschikbaar. Zij schakelen het bovenregionale expertisenetwerk in wanneer er extra ondersteuning nodig is om een casus op te lossen.

De expertisenetwerken hebben tot nu toe in meer dan 115 casussen voorzien in consultatie en advies. Dit varieert van de inzet van inhoudelijk experts of ervaringsdeskundigen tot aan het helpen van een lokaal team waar zij terecht kunnen met hun vraag. Ook is er tot nu toe bij 124 vastgelopen zorgvragen zorg georganiseerd of zijn betrokken partijen geholpen om dit te realiseren. De manier waarop dit is gedaan, is zeer divers. Er wordt vaak een procesregisseur ingezet: iemand die alle betrokken partijen om tafel brengt en zorgt dat er een passende oplossing gevonden wordt. Ook wordt in sommige gevallen voorzien in een garantie voor financiering of maatwerkfinanciering.

Het bovenregionale expertisenetwerk brengt ook in beeld voor welke jongeren het in het gebied nog niet goed lukt om passende hulp te organiseren en waarom dit niet lukt. Indien er voor groepen jongeren géén passende plek is of ontoereikende zorg, dan ondersteunt het netwerk de doorontwikkeling van bestaande zorg óf de realisatie van nieuwe voorzieningen. Zo zijn er inmiddels 48 nieuwe plekken gerealiseerd. Veelal gaat het hierbij om intensief kleinschalige woonvormen. Ook zijn er (nieuwe) zorgvormen ontwikkeld, zodat zorg beter aansluit bij de behoefte van de jongere. Echter, uit de analyse van de bovenregionale expertisenetwerken en de expertteams waarom jongeren geen passende hulp ontvangen, blijkt ook vaak dat er géén verklarende analyse is gemaakt, samenwerkingen niet goed verlopen, er te weinig vertrouwen is in elkaars professionaliteit, of jongeren en hun ouders onvoldoende betrokken worden. Een nieuwe plek creëren is daarmee géén duurzame oplossing. De bovenregionale expertisenetwerken zetten daarom ook in op leren en verbeteren met elkaar: door intensiveren en verbeteren van samenwerkingen, het trainen van professionals in het maken van een verklarende analyse én het gezamenlijk evalueren en leren van casussen. Dit is van groot belang om te voorkomen dat casuïstiek onnodig escaleert en het jeugdhulpstelsel en -landschap blijvend te verbeteren.

Vraag 126

In hoeverre zullen de investeringen middels het Jeugdpakket (58,5 miljoen euro) en het Steunpakket Welzijn en Jeugd (40 miljoen euro) ten aanzien van het sociaal en mentaal welzijn van jongeren na 2021 verdere

doorgang vinden in gemeenten? Kunnen er voorbeelden worden gegeven in hoe deze subsidies worden besteed?

Antwoord:

Van het totaalbedrag (€ 98,5 miljoen) van de steunpakketten is € 88,5 miljoen naar gemeenten gegaan. Het kabinet heeft gemeenten opgeroepen om deze middelen direct in te zetten voor het sociaal en mentaal welzijn van kinderen en jongeren, maar het is aan gemeenten om te bepalen hoe zij deze middelen inzetten en of ze deze middelen willen spreiden over meerdere jaren. Het vorige kabinet heeft uw Kamer geïnformeerd over de opbrengsten van deze steunpakketten middels de brief «Opbrengsten van steunpakket sociaal en mentaal welzijn» van december 2021 (Kamerstuk 25 295, nr. 1705). In het bij de brief gevoegde onderzoek van Significant Public zijn meerdere voorbeelden opgenomen zoals «Huis73 in Den Bosch» en «jongerenwerk in Krimpen aan den IJssel» over de besteding van de middelen.

Vraag 127

Welk concreet doel stelt u aan uzelf in het terugbrengen van de wachtlijsten in de jeugdzorg? (in cijfers of percentages)

Antwoord:

Omdat de oorzaken van wachttijden regionaal kunnen verschillen, is het niet in landelijke cijfers of percentages uit te drukken. Ik ben tevreden als:

- er inzicht en overzicht is in regionale wachttijden en daarop gebaseerd ook landelijke wachttijden,
- de data met gemeenten en aanbieders samen kan worden geduid, waardoor we met elkaar kunnen sturen op het terugdringen van wachttijden (regionaal en landelijk).
- en daarbij als we de onderliggende factoren van wachttijden kunnen aanpakken. Denk bijvoorbeeld aan het versterken van de lokale toegang.

Vraag 128

Is bekend of het geld van het Jeugdpakket (€ 58,5 miljoen) en het Steunpakket Welzijn Jeugd (€ 40 miljoen) effectief zijn besteed? Waren hier voorwaarden aan verbonden? Is dit te meten?

Antwoord:

Het vorige kabinet heeft uw Kamer geïnformeerd over de opbrengsten van deze steunpakketten middels de brief «Opbrengsten van steunpakket sociaal en mentaal welzijn» van december 2021 (Kamerstuk 25 295, nr. 1705) en het daarbij bijgevoegde onderzoek van Significant Public. Van het totaalbedrag (€ 98,5 miljoen) is € 88,5 miljoen naar gemeenten gegaan, waarvan € 73,5 miljoen via de algemene uitkering en € 15 miljoen via een extra subsidieronde «Perspectief op de Jeugd³⁵» vanuit het programma Maatschappelijke Diensttijd (MDT). Bij de subsidieronde van MDT waren de gebruikelijke MDT-voorwaarden aangepast vanwege het urgente karakter. Ten aanzien van de middelen die via de algemene uitkering zijn uitgekeerd zijn geen voorwaarden verbonden. Aangezien de maatschappelijke urgentie voor handelen groot was, hebben we met de VNG afgesproken om de middelen snel in te zetten met zo min mogelijk administratieve lasten. De onderzoekers van Significant Public die naar de gemeentelijke inzet van de steunpakketten hebben gekeken geven aan dat een effectmeting bij deze constructie niet mogelijk is zonder omvangrijke inspanningen en administratieve lasten. Significant Public stelt echter ook: «Onderzoekers hebben mede op basis van de kwalitatieve analyse sterk de indruk gekregen dat de middelen van het

³⁵ Perspectief voor jongeren in 112 gemeenten – ZonMw.

steunpakket door gemeenten ingezet worden ter bestrijding van de gevolgen van corona voor groepen die naar het oordeel van gemeenten het meest getroffen zijn. Hierbij lijkt relatief veel aandacht uit te gaan naar jeugd.»

Vraag 129

Is bekend hoeveel van de 1,314 miljard euro voor gemeenten daadwerkelijk aan jeugdzorg zal worden besteed? Hoeveel gemeenten hebben het geld ingezet, of hoeveel gemeenten gaan dit inzetten, voor andere doeleinden?

Antwoord:

Gemeenten ontvangen de extra financiële middelen zoals gebruikelijk via het gemeentefonds. Gemeenten zijn op basis van de Financiële-verhoudingswet vrij om te bepalen waaraan ze deze middelen uitgeven op basis van de lokale situatie. Waarbij uiteraard wel geldt dat zij een jeugdhulpplicht hebben waaraan ze moeten voldoen. Gemeenteraden hebben hierbij de controlerende taak. Dat is een logisch gevolg van de decentralisatie.

Doordat het budget voor jeugdzorg onder de beleids- en bestedingsvrijheid van gemeenten valt, hoeven gemeenten hun uitgaven niet aan het Rijk te verantwoorden. Daardoor is bij het Rijk niet precies bekend wat de uitgaven van gemeenten aan de jeugdzorg zijn. Wel dienen gemeenten hun begroting- en rekeningcijfers in het lv3-systeem aan te leveren bij het CBS, maar daar vallen de uitgaven aan jeugdzorg niet volledig in af te bakenen.

Vraag 130

Wat heeft de 50 miljoen euro voor de aanpak van acute ggz-problematiek concreet opgeleverd? Hoeveel jongeren zijn geholpen? Op welke manier is de extra zorgcapaciteit vergroot, zowel klinisch als ambulant, in specifieke cijfers? Is 50 miljoen euro genoeg geld om het probleem aan te pakken?

Antwoord:

Verreweg het grootste deel van de middelen – ongeveer 80 procent – is door zorgaanbieders aangevraagd voor het bekostigen van extra zorgcapaciteit, variërend van (licht)ambulant tot klinische zorg. De resterende 20 procent van de middelen is aangevraagd voor activiteiten om crises zo veel als mogelijk te voorkomen, het intensiveren van bestaande zorgtrajecten om verzwarende problematiek op te vangen, het versterken van professionals door scholing en consultatie en het doorontwikkelen van zorg zoals inzet op e-health.

Begin dit jaar is door de acht coördinerende gemeenten een uitvraag gedaan naar de stand van zaken onder alle aanbieders. Hieruit bleek dat veel aanbieders last hebben van de huidige krapte op de arbeidsmarkt waardoor wervingsprocessen langer duren dan gehoopt en de betreffende aanbieders de zorgcapaciteit nog niet hebben kunnen uitbreiden zoals zij voor ogen hadden.

Naar schatting van aanbieders begin dit jaar is ongeveer 100 fte aan capaciteit gerealiseerd en bekostigd. Daarnaast zijn extra plekken voor acute opname gerealiseerd. Ook zijn verschillende nieuwe behandelgroepen gestart en intensieve ambulante teams uitgebreid of gestart. Hierdoor kunnen extra kinderen geholpen worden. Zo gaf begin dit jaar één aanbieder aan 50 jongeren extra te hebben geholpen. Een andere aanbieder gaf aan dat de wachttijd was afgenomen met 20 procent en het aantal crisismeldingen gelijk was gebleven. Tot slot worden consultaties

geboden rondom eetstoornissen en zijn diverse initiatieven rondom wachtlijstondersteuning gestart.

Voor de zomer wordt opnieuw de stand van zaken onder aanbieders uitgevraagd. Na de zomer zal ik uw Kamer hierover informeren.

Vraag 131

Welke van de 26 maatregelen uit de actieagenda schadelijke praktijken zijn het meest effectief om vrouwelijke genitale verminking (VGV) eerder en beter in beeld te brengen, te stoppen en duurzaam op te lossen? Waaruit blijkt dit? Hoeveel rechtszaken zijn er sinds 2015 gevoerd tegen daders van VGV? Hoeveel veroordelingen zijn er geweest?

Antwoord:

Door de Staatssecretaris van VWS wordt ingezet op het voorkomen van VGV bijvoorbeeld door het inzetten van gerichte voorlichting en communicatie, de implementatie van een medische leidraad door de NVOG en de inzet van sleutelpersonen. Jaarlijks worden 150 huiskamergesprekken gevoerd door sleutelpersonen en hiermee worden minimaal 900 ouders die in deze potentiële doelgroep kunnen vallen geïnformeerd over schadelijke praktijken. De Minister van SZW heeft, in het commissiedebat Inburgering en Integratie van 20 april 2022 (Kamerstuk 32 824, nr. 361), toegezegd uw Kamer rond de zomer te informeren over de voortgang van de actieagenda Schadelijke Praktijken.

Op landelijk niveau zijn geen cijfers bekend van het aantal rechtszaken en de veroordelingen. Het OM registreert niet of er sprake is van VGV, omdat er geen specifieke strafbaarstelling voor bestaat in het wetboek van Strafrecht. Het OM registreert enkel op delictsartikel waarbij VGV valt onder de algemene strafbepaling van mishandeling. In maart heeft de Europese Commissie een richtlijnvoorstel ter bestrijding van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld ingediend waarin een specifieke strafbaarstelling van VGV wordt voorgesteld. Dit voorstel wordt op 8 juni aanstaande in het commissiedebat Justitie en Veiligheid, JBZ-Raad Luxemburg van 9 en 10 juni 2022 (algemeen), behandeld.

Vraag 132

Het was het laatste jaar voor het programma Geweld hoort nergens thuis: wat betekent dit voor de opgebouwde infrastructuur in 2022?

Antwoord:

De opgebouwde infrastructuur voor de ondersteuning van de regio's blijft in 2022 behouden. De regionale projectleiders blijven ondersteuning bieden aan de regio's om de regionale aanpak verder te versterken en te borgen. Het gaat dan om het versterken van het lokale team met deskundigheid over veiligheid, gezamenlijk multidisciplinair werken volgens de MDA++ aanpak, werken volgens de gedeelde visie van gefaseerd samenwerken aan veiligheid met bestuurlijk commitment. Hierbij worden de regionale projectleiders ondersteund vanuit een landelijk programmateam, dat dit jaar geïntegreerd wordt met het programma Toekomstscenario Kind- en gezinsbescherming. Tevens vindt ondersteuning plaats met onderzoek en monitoring

Vraag 133

Kan nader toegelicht worden waarom er geen onderscheid meer gemaakt wordt tussen zzp en instellingen?

Antwoord:

Sinds 2021 is er een Transparantieregeling zorgaanbieders ggz, welke de NZa in staat stelt om gegevens over de wachttijden op te vragen bij

zorgaanbieders en inzichtelijk te maken. Hierin gelden dezelfde voorwaarden voor registratie van deze cijfers voor vrijgevestigden en instellingen. Daarbij is afgesproken dat ggz-aanbieders met meer dan 10 zorgverleners cijfers aanleveren over het aantal mensen dat bij hen op de wachtlijst staat.

De NZa publiceert maandelijks een Monitor Toegankelijkheid van Zorg, met daarin ook cijfers met betrekking het aantal verwijzingen en de wachttijden in de ggz (Zvw). Daarnaast publiceert de NZa halfjaarlijks een informatiekaart met verdiepende informatie over de wachttijden, het aantal wachtenden, en de instroom in de ggz (Zvw): Informatiekaart Wachttijden ggz 2021 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl) (Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 590).

Wachtlijstinformatie over tot cliënten met een Wlz-indicatie wordt maandelijks gepubliceerd via de zorgcijfersdatabank van het Zorginstituut, zie <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/toelichting/wachtlijstinformatie/wachtlijsten-landelijk-niveau>.

Vraag 134

Hoeveel ggz-instellingen hebben moeten in sluiten in het afgelopen jaar? Hoeveel in de afgelopen vijf jaar? Ziet u een toename hiervan? Wat zijn de redenen voor de sluitingen?

Antwoord:

Er is geen overzicht van het totaal aantal sluitingen van (locaties van) ggz-instellingen. Een voornemen tot sluiting wordt alleen aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gemeld als deze er mogelijk toe leidt dat de continuïteit van zorg in het geding komt. De NZa informeert mij dan hierover, conform de vroegsignaleringsafspraken. Ook is dus niet te zeggen of er sprake is van een toename van het aantal sluitingen van (locaties van) ggz-instellingen. Wel laten de kerncijfers van de NZa zien dat het totaal aantal ggz-instellingen in voorgaande jaren niet afgenomen maar toegenomen is³⁶.

Wat betreft de redenen voor sluitingen kan er sprake zijn van financiële en bedrijfsmatige overwegingen, behandelinhoudelijke overwegingen en/of een gebrek aan personeel waardoor de veiligheid en kwaliteit van de behandeling onvoldoende geborgd kan worden. Vaak is er sprake van een samenspel van factoren, dat tot een (voornemen van) sluiting leidt.

Vraag 135

Welk concreet doel stelt u aan uzelf in het terugbrengen van de wachtlijsten in de ggz (in cijfers of percentages)?

Antwoord:

Ik, de Minister van LZS, blijf me samen met de partijen uit de landelijke stuurgroep Toegankelijkheid en Wachttijden ggz inzetten op de bestaande sporen, zoals de transfermechanismen en de regionale taskforces. Vanaf deze maand is daarbij de regionale doorzettingsmacht van kracht om mensen te helpen die tussen wal en schip dreigen te vallen. Ook heb ik recent besloten € 4 miljoen beschikbaar te stellen voor de inzet van versnellers. Over aanvullende maatregelen en de doelstellingen die hierbij worden gesteld wordt op dit moment gesproken met de betrokken partijen. Zoals met uw kamer besproken zal dit moeten leiden tot afspraken in het Integraal Zorgakkoord en een daaraan gekoppelde toekomstagenda voor de ggz.

³⁶ Kerncijfers ggz | Geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl).

Vraag 136

Hoe veilig zijn de gezondheids-apps, waarvan het gebruik mede door corona explosief is toegenomen? Is regulering en toezicht nodig?

Antwoord:Veiligheid

Het aantal gezondheidsapps neemt toe. In appstores zijn er internationaal meer dan 500.000 gezondheidsapps beschikbaar. Veilig en betrouwbaar gebruik van gezondheidsapps is hierbij een belangrijk aandachtspunt. De voormalig Staatssecretaris van VWS heeft het National eHealth Living Lab (NeLL) gevraagd om in samenwerking met veldpartijen te komen tot één breed gedragen landelijk toetsingskader voor gezondheidsapps, mede om meer te weten te komen over de effectiviteit en betrouwbaarheid van gezondheidsapps. Dit adviesrapport is op 17 december 2021 (Bijlage bij Kamerstuk 27 529, nr. 271) aan de Kamer aangeboden.

Het in het rapport gepresenteerde landelijk toetsingskader heeft als basis de internationale norm voor toetsing van gezondheidsapps (CEN-ISO). CEN-ISO is een norm voor kwaliteit en betrouwbaarheid van gezondheidsapps, die op vier aspecten toetst (gezondheid & veiligheid, gebruikersvriendelijkheid, dataveiligheid en robuustheid). Het landelijk toetsingskader en de geadviseerde selectie- en filterprocedure zullen via een pilot het komende jaar worden getoetst op een select aantal apps. Zo kan worden getest hoe dit in de praktijk werkt en of dit op grotere schaal universeel toepasbaar is. De resultaten hiervan worden in 2023 met uw Kamer gedeeld.

Daarnaast heeft de voormalig Minister van VWS de Gezondheidsraad gevraagd te komen tot een kader met criteria voor verantwoorde inzet van gezondheidsapps door de overheid voor screeningsdoeleinden. Het advies hierover is op 19 oktober 2021 (Kamerstuk 27 529, nr. 269) aan de Kamer aangeboden. Bij de ontwikkeling van eventuele nieuwe gezondheidsapps, die door de rijksoverheid zullen worden ingezet en/of ontwikkeld, zullen de door de Gezondheidsraad benoemde aandachtspunten als uitgangspunt worden genomen.

Regulering en toezicht

Het toezicht op het gebruik van gezondheidsapps in de zorg gaat op eenzelfde wijze als bij andere zorgtoepassingen. De IGJ houdt toezicht op hoe zorg geleverd wordt, ongeacht hoe die geleverd wordt (bijvoorbeeld op digitale zorg, waaronder het gebruik van gezondheidsapps). De punten waar de inspectie op let binnen e-health, zijn beschreven in het toetsingskader «Inzet van e-health door zorgaanbieders». De Wet kwaliteit klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz), is het wettelijk kader voor dit toezicht, samen met andere wet- en regelgeving. Verzekeraars kijken (aansluitend op Europese ontwikkelingen) in hoeverre gezondheidsapps voor vergoedingen in aanmerking kunnen komen.

Vraag 137

In hoeveel verpleeghuizen wordt voldaan aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg? Hoe groot is het actuele tekort aan verpleeghuismedewerkers ten opzichte van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg?

Antwoord:

Er is geen aparte registratie van verpleeghuizen die voldoen aan het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Wel laat de voortgangsrapportage Waardigheid en Trots (Kamerstuk 31 765, nr. 546) dat de kwaliteit aanmerkelijk is toegenomen. Dit uit zich onder andere in een sterke toename van het aantal medewerkers in de verpleeghuiszorg. In 2021 bedraagt de toename 4.000 fte, waardoor ten opzichte van 2017 de

omvang van het aantal medewerkers is toegenomen met 29.000 fte. Ook de cliënttevredenheid is onverminderd hoog (in 2021: 7,9). In juni 2022 verschijnt de eindrapportage van de IGJ, waarin de bevindingen van de IGJ worden weergegeven over de stand van zaken in de V&V-sector.

De bevindingen van de inspectie laten zien dat het de meeste verpleeghuizen lukt om persoonlijke aandacht te geven aan hun bewoners. De zorgmedewerkers kennen hun persoonlijke wensen en behoeften, en bieden geborgenheid met respect en begrip. Tegelijkertijd vormt het inzetten van voldoende of deskundig personeel voor veel aanbieders een grote uitdaging. Dit kan uiteraard niet los worden gezien van de krapte op de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel en de gevolgen van de coronapandemie. Tot slot concludeert de IGJ dat het sturen op kwaliteit en veiligheid de komende jaren blijvende aandacht verdient ondanks de stappen die in de afgelopen jaren zijn gezet. Bijna de helft van de zorgorganisaties had bij een eerste bezoek niet altijd de kwaliteit van zorg in beeld en stuurde niet voldoende op de kwaliteit en veiligheid om passend te kunnen verbeteren. De meeste aanbieders in deze groep lieten een verbetering zien tijdens herbezoeken.

Hoewel er, zoals blijkt uit de rapportages van de IGJ en Waardigheid en Trots, een omvangrijke beweging voor betere kwaliteit op gang is gekomen, wordt nog derhalve niet op alle plaatsen de zorg volledig verleend conform het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Overigens is het kwaliteitskader vooral een richtinggevend kader, waarin het continu leren en verbeteren centraal staat.

Het komende jaar zal het kwaliteitskader worden doorontwikkeld in lijn met de veranderende maatschappelijke context. Onderdeel van deze doorontwikkeling is het loslaten van de eerdere interpretatie van de personeelsnorm van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Dit biedt meer ruimte om met behulp van inzet van technologie en innovatie zorg te verlenen. Dit zal meer flexibiliteit geven in de inzet van personeel.

De vraag over het tekort aan verpleeghuismedewerkers komt aan de orde bij de beantwoording van vraag 193.

Vraag 138

Wat is de stand van zaken op het gebied van de gemaakte start om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van infrastructuur, generieke functies en aanpalende ICT-voorzieningen?

Antwoord:

VWS stuurt onder meer op een netwerk van landelijk dekkende infrastructuur, de slimme inzet van generieke functies en het gebruik van (open) API's. Dit jaar laat VWS onderzoek doen in hoeverre een grotere publieke rol noodzakelijk is voor de totstandkoming van die landelijke dekking. Aanbevelingen van de OESO en de onlangs gepubliceerde EU-verordening voor een Europese gezondheidsruimte ondersteunen dit voornemen (Kamerstuk 27 529, nr. 277).

Op de korte termijn is hoe dan ook de invulling en beschikbaarheid van een aantal generieke functies nodig. Ook deze helpen in het verbinden en kunnen vinden en gebruiken van verschillende systemen en infrastructuur. Bijvoorbeeld om toestemmingen van de patiënt voor het delen van gegevens vast te leggen en in te zien. Een toestemmingsvoorziening zoals Mitz geeft hier voor een aantal situaties invulling aan. Voor de langere termijn worden, in opdracht van VWS, NEN-normen ontwikkeld voor vier geprioriteerde generieke functies te weten: toestemming, lokalisatie,

identificatie en authenticatie en wordt er gewerkt aan een afwegingkader om de precieze rol en sturingsvorm van de overheid te bepalen.

Vraag 139

Wanneer wordt de volgende evaluatie van het Stagefonds Zorg verwacht?

Antwoord:

De subsidieregeling Stagefonds Zorg II is in 2021 geëvalueerd en tot 1 augustus 2022 beleidsarm verlengd. Ik ben voornemens om de subsidieregeling met vijf jaar te verlengen. Subsidieregelingen worden om de vijf jaar geëvalueerd, derhalve zal de volgende evaluatie in 2026 plaatsvinden.

Vraag 140

Waarom zijn er zoveel verschillen tussen regio's en zelfs binnen regio's als het gaat om de Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP)? Hoe kan het dat partijen een verschillende focus hebben en verschillende doelen? Is het concept JZOJP wel goed omschreven? Zo ja, waar blijkt dat uit?

Antwoord:

Hoewel er vaak wordt gesproken over «de regio», blijkt o.a. uit eerder onderzoek van Berenschot dat er geen eenduidige definitie van «de regio» bestaat. Partijen in het veld werken in verschillende samenstellingen en op verschillende niveaus met elkaar samen. Bovendien hebben zij te maken met vele formele (of historisch gegroeide) regio-indelingen, waaronder bijvoorbeeld de zorgkantoor-, GGD-, en ROAZ-regio's. Binnen de grenzen van deze regio's, maar ook over de grenzen van de formele regio-indelingen heen zijn verschillende regionale samenwerkings- en andere netwerkverbanden actief om de Juiste Zorg op de Juiste Plek te organiseren.

De essentie van de Juiste Zorg op de Juiste Plek is duurdere zorg voorkomen, zorg dicht bij mensen thuis verplaatsen en zorg vervangen door andere zorg, zoals e-health. Dit helpt mensen beter te leven en functioneren met hun ziekte of beperking. De beweging JZOJP vraagt om een andere organisatie van het zorg- en ondersteuningsaanbod. Op de vraag hoe dit het beste georganiseerd kan worden, is geen eenduidig antwoord te geven. Elke regio maar ook elk netwerk kent specifieke uitdagingen die vragen om oplossingen passend bij de regionale of zorgspecifieke context. Aan de hand van de uitdagingen en vraagstukken die in de regio (of het netwerk spelen) wordt een beeld opgesteld en een aanpak geformuleerd. Onderdeel van deze aanpak zijn geprioriteerde doelen. Deze kunnen afhankelijk van regio, netwerk en opgave dus van elkaar verschillen.

Zoals de website van de JZOJP en de Lerende Evaluatie van het RIVM laten zien zijn er talrijke goede voorbeelden van het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg die aantonen dat het concept JZOJP helpt bij de noodzakelijke innovatie en motivatie van betrokken partijen. De praktijk om de beweging verder te brengen, is echter ook weerbarstig. Een volgende stap bij regionale samenwerking vraagt meer dan voorheen om een integrale benadering, waarbij alle betrokken partijen hun verschillende deelopgaven kunnen verbinden aan een integrale agenda.

Vraag 141

Wat gaat er gedaan worden om per regio duidelijker te krijgen hoe de verschillen per regio of zelfs in de regio ondersteund kunnen worden om de JZOJP verder vorm te geven?

Antwoord:

In het coalitieakkoord is hierover afgesproken dat VWS samen met Nederlandse Zorgautoriteit aan de hand van de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) regiobeelden zal laten opstellen/doorontwikkelen die kunnen leiden tot een herschikking van het zorglandschap, waarbij een integraal aanbod en passende zorg over domeinen heen voor iedereen in Nederland, ongeacht woonplaats, de normen zijn.

Om te zorgen dat de regiobeelden en plannen daadwerkelijk tot stand komen, integraal en van voldoende kwaliteit zijn, stel ik aanvullende minimumeisen over de inhoud en opzet. Alle partijen moeten in samenhang hun deelopgaven kunnen verbinden aan een integrale agenda (dus inclusief sociaal domein, preventie, jeugd en arbeidsmarktvraagstukken). Ik spreek af welke partijen ten minste deelnemen aan het opstellen van regiobeelden en over welke onderwerpen de regiobeelden gaan. Hierbij vraag ik om specifieke aandacht voor die functies die in ieder geval aanwezig moeten zijn of die de komende jaren extra inzet vanuit het coalitieakkoord vragen, bijvoorbeeld ouderenzorg, acute zorg en jeugd, alsmede thema's zoals preventie, innovatie en arbeidsmarkt. De regiobeelden moeten uiteindelijk ook leiden tot regioaanpakken.

Het gaat echter niet alleen om de regiobeelden zelf, maar ook om de governance van de samenwerkingsverbanden in de regio. Ook ga ik samen met de NZa, ZiNL en RIVM, de regio's beter ondersteunen in de domein overstijgende samenwerkingsverbanden. Die ondersteuning kan bestaan uit het delen van kennis, aanpassen van kaders waar nodig en opschalen van goede initiatieven, onder andere ook op het gebied van data en bekostiging. De regiobeelden en regioaanpakken zullen hierbij behulpzaam zijn.

Vraag 142

Kan nader toegelicht worden waarom de verschillen per regio te groot zijn om de JZOJP eenduidig verder te brengen?

Antwoord:

Het bieden van de Juiste Zorg op de Juiste Plek waarbij de mens echt centraal staat, vergt (domeinoverstijgende) samenwerking tussen partijen in de regio.

Regio's verschillen sterk, zowel in de (combinatie van) uitdagingen waarmee regio's geconfronteerd worden, als de (historische, geografische) context waarbinnen deze samenwerking moet worden vormgegeven. Denk bijvoorbeeld aan het feit dat zorgaanbieders zoals ziekenhuizen en huisartsen niet overal hetzelfde georganiseerd zijn en dat ook de mate van burgerparticipatie sterk kan verschillen. Ook gemeenten kunnen heel anders georganiseerd zijn. De domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden rond de Juiste Zorg op de Juiste Plek zijn dan ook niet in een mal te gieten.

Vraag 143

Welke belemmeringen moeten worden weggenomen om data wel te kunnen delen?

Antwoord:

Het delen van data kan verschillende doeleinden hebben. Ik begrijp de vraagsteller zo dat het hier gaat om het delen van data voor secundair gebruik, te weten de organisatie van zorg met het oog op voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg. Het gaat dan om analyse van data in een bepaald geografisch gebied, waarbij data van aangesloten zorgaanbieders, CBS en inkopers gebruikt worden om de zorg beter te organiseren.

Er zijn enkele goede voorbeelden van het delen van data met het oog op gebruik zoals hiervoor beschreven. Grotere organisaties als UMC's en ondersteunende regionale netwerkorganisaties beschikken over het algemeen over meer middelen en kennis om een en ander vorm te geven.

Tegelijkertijd vinden veel partijen het nog lastig om data te delen. De complexiteit komt niet alleen door verschillende registratiesystemen, verschillende manieren van registreren, beperkte mogelijkheden binnen ICT-systemen om data te koppelen en uit systemen te halen, maar ook een gebrek aan kennis en kunde om datasystemen goed in te richten.

De belangrijkste opgaven zijn derhalve om kennis over de manier waarop deze data kunnen worden gekoppeld en gebruikt op te bouwen en te verspreiden, de organisatiekracht van domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden in de regio op dit punt te versterken en medewerkers uit het zorgveld op te leiden om data te koppelen en te gebruiken.

Ten slotte is bij sommige organisaties en samenwerkingsverbanden meer terughoudendheid over de wettelijke mogelijkheden binnen de privacyreggeving dan bij andere. Daarom is het van belang meer duidelijkheid te creëren over de ruimte die er is binnen de regels die zien op informatie-uitwisseling. Hiertoe kunnen onder andere bestaande goede ervaringen beter worden gedeeld en actief verspreid.

Vraag 144

Welke inhoudelijke bewegingen hebben de HLA's voortgebracht? Graag een paar voorbeelden.

Antwoord:

In 2021 heeft adviesbureau SiRM in opdracht van VWS een lerende evaluatie uitgevoerd naar de Hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg (Kamerstuk 31 765, nr. 613). De bij de HLA's betrokken veldpartijen concluderen gezamenlijk dat een HLA een goed bestuurlijk middel is om veranderingen in de zorg te bewerkstelligen en dat HLA's, naast behalen van financiële doelstellingen, bijdragen aan de inhoudelijke bewegingen in de zorg. Bijvoorbeeld het stimuleren van De Juiste Zorg op de Juiste Plek door (o.a.) het programma JuMP van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen of het bevorderen van gepast gebruik via het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).

Vraag 145

Hoeveel extra seniorenwoningen zijn er in 2021 bijgekomen en hoeveel zijn er vervangen? Wat is de verwachting voor 2022?

Antwoord:

Er bestaat geen eenduidige definitie van een seniorenwoning. Hierdoor is het niet mogelijk aan te geven hoeveel van dergelijke woningen in 2021 en 2022 zijn bijgebouwd of vervangen. Uit de Monitor geclusterd wonen blijkt dat in 2021 143.802 geclusterde wooneenheden waren, met gegevens van 86% van de gemeenten. In 2020 waren dit 120.106 wooneenheden in 83% van de gemeenten. Uit de monitor is niet af te leiden hoeveel wooneenheden er bijgekomen zijn en hoeveel vervangen. Naast een toename van het aantal gemeenten dat gegevens aanleverde, leverden sommige gemeenten ook verbeterde, meer volledige informatie aan.

Vraag 146

Hoeveel extra verpleeghuisplekken zijn er in 2021 bijgekomen en hoeveel zijn er vervangen? Wat is de verwachting voor 2022?

Antwoord:

Zoals ik, de Minister van Langdurige zorg en Sport, u op 13 april 2022 heb laten weten (Kamerstuk 31 765, nr. 638) is het aantal cliënten in een verpleeghuis tussen medio 2020 en medio 2021 toegenomen van 122.825 naar 127.340. Deze ontwikkeling is echter sterk beïnvloed door de COVID-periode. Er is geen landelijke registratie van het aantal vervangen verpleeghuisplekken.

De inzet onder invloed van scheiden van wonen en zorg is om het aantal verpleeghuisplekken niet verder te laten stijgen (met uitzondering van bouwplannen die al in een vergaand stadium verkeren). Wel houdt de Minister voor LZS vast aan de bestuurlijke ambities die in 2021 met de sector zijn uitgesproken om in de komende vijf jaar 25.000 extra verpleegzorgplekken te realiseren. Deze zullen vooral worden ingevuld via geclusterde woonvormen (met VPT) of in de thuissituatie. Begin juli wordt het programma «Wonen en zorg voor ouderen», als onderdeel van het WOZO-programma, aangeboden aan de Tweede Kamer. Dit programma wordt in samenwerking met de Minister voor VRO ter hand genomen.

Vraag 147

Hoeveel extra geclusterde woonvormen zijn er in 2022 bijgekomen en hoeveel zijn er vervangen? Wat is de verwachting voor 2022?

Antwoord:

Uit de monitor geclusterd wonen blijkt dat in 2021 143.802 geclusterde wooneenheden waren, met gegevens van 86% van de gemeenten. In 2020 waren dit 120.106 wooneenheden in 83% van de gemeenten. Uit de monitor is niet af te leiden hoeveel wooneenheden er bijgekomen zijn en hoeveel vervangen. Naast een toename van het aantal gemeenten, leverden gemeenten deels ook verbeterde, meer volledige informatie aan. In het programma Wonen en Zorg voor Ouderen, dat voor de zomer naar de Tweede Kamer wordt gestuurd, wordt ingegaan op de ambities m.b.t. geclusterde woonvormen tot en met 2030.

Vraag 148

Wat betekent de constatering met betrekking tot het programma «Meer inzicht in de uitkomsten? Wat gaat er nu gebeuren?

Antwoord:

In het lopende programma Uitkomstgerichte Zorg worden uitkomstindicatoren in de medisch-specialistische zorg ontwikkeld. In de ex durante evaluatie «Meer inzicht in uitkomsten» hebben veldpartijen aangegeven behoefte te hebben aan een visie op Uitkomstgerichte Zorg die verder reikt dan de looptijd van het huidige programma. Partijen willen graag een doorlopend gesprek over hoe de resultaten gaan passen in de praktijk en wat daarvoor nog nodig is. Ik vind deze stap ook zeer belangrijk en ben met partijen in overleg hoe we de komende periode de ontwikkelde indicatorensets in de dagelijkse praktijk kunnen implementeren. Concreet gaat het hierbij om het daadwerkelijk registreren van uitkomstindicatoren in de instellingen en het uitwisselen van deze uitkomstgegevens met de kwaliteitsregistraties. Hierdoor kunnen zorgprofessionals de kwaliteit van de door hen geleverde zorg verder verbeteren. En kunnen uitkomstgegevens het gesprek van patiënt en zorgverlener over de best passende behandeling (Samen Beslissen) ondersteunen. Ten slotte kunnen uitkomstgegevens patiënten helpen bij hun keuze voor de best passende behandelaar en zorgverzekeraars bij de zorginkoop. Ik wil hier met partijen afspraken over maken in het Integraal Zorgakkoord.

Vraag 149

Waarom ziet de overheid in het actieprogramma Werken in de zorg nog een rol voor zichzelf, gezien de opmerking op blz. 118 («Het is ongebruikelijk om de arbeidsvoorwaarden of de arbeidsomstandigheden direct te subsidiëren vanuit de begroting van het Ministerie van VWS»)?

Antwoord:

Het actieprogramma Werken in de zorg had tot doel om nu en in de toekomst goede zorg en welzijn te kunnen blijven bieden. Hiervoor is het essentieel dat we voldoende medewerkers hebben, die goed zijn toegerust voor en tevreden zijn met het belangrijke werk dat zij doen. Dat vraagt om een actieve invulling door werkgevers, bij voorkeur door afspraken te maken in de regio. De grote opgave vraagt ook om afspraken en acties op landelijk niveau. De landelijke partijen in zorg, welzijn en onderwijs spelen namelijk een belangrijke rol in de wisselwerking tussen de landelijke en regionale ambities. Het stellen van voorwaarden aan een dergelijke wisselwerking past bij de verantwoordelijkheid van de overheid. Voor arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden ligt de verantwoordelijkheid primair bij sociale partners.

Vraag 150

Hoeveel zorginstellingen verkeren in financiële problemen? Zijn er aanwijzingen voor aanstaande faillissementen?

Antwoord:

In zijn algemeenheid kan ik geen uitspraken doen over zorginstellingen die mogelijk in financiële problemen verkeren, dit is vertrouwelijke informatie. Elke (communicatie-)uiting hierover naar buiten, kan er voor zorgen dat de oplossingen voor herstel verder uit zicht raken. In het kader van het zogenaamde Early Warning System (EWS), hebben zorgverzekeraars hun eigen systemen voor monitoring uitgebreid en worden signalen sneller gedeeld met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In werkafspraken tussen de NZa, zorgverzekeraars en zorgkantoren is vastgelegd op welk moment zorgverzekeraars en zorgkantoren mogelijke risico's in ieder geval moeten melden. Het EWS leunt daarnaast niet langer op informatie van zorgverzekeraars alleen. De NZa houdt zelf de financiële positie van zorgaanbieders scherper in de gaten dan voorheen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van openbare informatie uit jaarrekeningen en media-analyses. Tevens zijn in 2020 werkafspraken gemaakt tussen het Ministerie van VWS en de NZa, waarbij een uitwisseling van signalen plaatsvindt tussen de NZa en VWS over mogelijke risico's op discontinuïteit. Het Ministerie van VWS wordt in een eerder stadium geïnformeerd over zorgaanbieders waarvan de dreigende discontinuïteit een grote maatschappelijke impact zou (kunnen) hebben. Dit brengt het Ministerie van VWS in de positie om eventueel regie te nemen zodra partijen er onderling niet uit dreigen te komen en daarmee de continuïteit van zorg in gevaar komt. Niet met het doel om een zorgaanbieder koste wat kost overeind te houden, maar juist om te voorkomen dat een acuut faillissement leidt tot onverantwoorde risico's voor de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van de individuele patiënten-/cliëntenzorg.

Vraag 151

Is het onder verscherpte bewaking stellen van vastgoed onderdeel van het early warning systeem? En in hoeverre zijn de problemen bij Bernhoven boven komen drijven op basis van dit early warning systeem?

Antwoord:

Het Early Warning System (EWS) in de Zvw en Wlz wordt door alle zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders vormgegeven om vroegtijdig risico's

voor de continuïteit van zorg te signaleren. Hierin analyseren zij signalen en gegevens van alle zorgaanbieders die zij hebben gecontracteerd. In werkafspraken tussen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zorgverzekeraars en zorgkantoren is vastgelegd op welk moment zorgverzekeraars en zorgkantoren mogelijke risico's in ieder geval moeten melden. Het EWS leunt bovendien niet langer op informatie van zorgverzekeraars alleen. De NZa houdt zelf de financiële positie van zorgaanbieders scherper in de gaten dan voorheen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van openbare informatie uit jaarrekeningen en media-analyses. Het onder verscherpte bewaking stellen van vastgoed is geen onderdeel van het EWS. De problemen bij Bernhoven zijn door het EWS bekend geworden en zijn door de preferente zorgverzekeraar gemeld bij de NZa en het Ministerie van VWS. Zoals gebruikelijk in dit soort situaties geldt conform het continuïteitsbeleid dat eerst de zorgverzekeraar(s) aan zet is/zijn om problemen op te lossen.

Vraag 152

Waarom zijn rentederivaten niet geheel verboden?

Antwoord:

In het kader van de financiering van investeringen en de daaraan verbonden renterisico's kunnen bepaalde financiële derivaten soms een toegevoegde waarde hebben. Hierdoor hoort het gebruik van bepaalde financiële derivaten die zijn afgesloten met een solide financiële onderneming voor het verzekeren tegen opwaartse renterisico's onder de juiste voorwaarden niet tot speculatief en risicovol gebruik van financiële derivaten. In de Regeling financiële derivaten WMG³⁷ is aangegeven onder welke voorwaarden zorgaanbieders gebruik kunnen maken van deze producten. In deze Regeling staat bijvoorbeeld dat een zorgaanbieder alleen financiële derivaten mag aantrekken om financiële risico's bij een stijgende rente op lening(en) te beheersen en is een limitatieve opsomming van toegestane derivaten opgenomen. Met deze regeling is aangesloten bij het bestaande Beleidskader derivaten voor het gebruik van derivaten door (semi-) publieke instellingen en de voorwaarden die de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector reeds hanteert voor het gebruik van financiële derivaten door haar deelnemers.

Vraag 153

Kunt u inzichtelijk maken waar de middelen voor «preventie schadelijk middelengebruik» aan zijn uitgegeven, wat er is gebeurd met de resterende 1,3 miljoen euro en welke begrote activiteiten hebben niet plaats gevonden?

Antwoord:

In 2021 zijn de middelen «preventie schadelijk middelengebruik» gebruikt voor subsidies voor preventie van problematisch alcoholgebruik, drugs en tabak. Trimbos ontvangt een instellingssubsidie voor deze onderwerpen, zoals voor de Nationale Drug Monitor (NDM), DIMS (Drugs Informatie en Monitoring Systeem), de infolijnen roken, alcohol en drugs, tabakspreventie jeugd en interventies om drugsgebruik te voorkomen. Daarnaast zijn er diverse andere subsidies verstrekt voor onder andere de rookvrije zorg, rookvrije generatie, Stoptober, IJslandse aanpak en vroegsignalering alcohol.

Er is geen sprake van een resterende € 1,3 mln. Naar verwachting wordt gedoeld op de lagere realisatie op het budget subsidies preventie schadelijk middelengebruik van € 1,3 mln. Van deze middelen is echter € 1,1 mln. ten behoeve van het wietexperiment via een ander budget gerealiseerd. Alleen een klein deel van de voorgenumen activiteiten

³⁷ Stcrt. 2021, nr. 39292.

alcohol en tabak (€ 0,35 mln.) is niet uitgevoerd. Deze middelen zijn terug gevloeid naar de schatkist.

Vraag 154

Kunt u inzichtelijk maken waar de middelen voor «gezonde leefstijl en gezond gewicht» aan zijn uitgegeven, wat er is gebeurd met de resterende 1.25 miljoen euro en welke begrote activiteiten daardoor niet plaats hebben gevonden?

Antwoord:

In 2021 zijn de middelen voor «gezonde leefstijl en gezond gewicht» besteed aan programma's als de Gezonde School, Gezonde Kinderopvang en Gezonde Schoolkantines, maar ook aan Gezonde Buurten en de JOGG aanpak. Verder komen de subsidies die op het thema overgewicht zijn verstrekt ook terecht bij diverse aanpakken om zorg en ondersteuning op overgewicht/diabetes bij kinderen en/of volwassenen effectief aan te pakken. Alle activiteiten zijn uitgevoerd want er is meer dan oorspronkelijk begroot uitgegeven aan deze thema's. Er was namelijk € 24,9 mln. begroot en de realisatie is € 26,1 mln. Er is derhalve geen sprake van een resterend bedrag van € 1,25 mln.

Vraag 155

Kan de onderbesteding van totaal 2.55 miljoen euro uit 2021 in 2022 alsnog worden toegevoegd aan de middelen voor «gezonde leefstijl en gezond gewicht» en «preventie schadelijk middelengebruik», gezien het belang van preventie?

Antwoord:

Er is geen sprake van een onderbesteding van € 2,55 mln. Voor een nadere toelichting verwijs ik verder naar de antwoorden op de vragen 153 en 154.

Vraag 156

Kunt u het actie- en onderzoeksprogramma gericht op mitigatie van zowel de effecten van de pandemie als de effecten van de maatregelen tegen de pandemie nader toelichten? Wanneer kan de Kamer de uitkomsten van dit onderzoek verwachten?

Antwoord:

Dit betreft een meerjarig COVID-19 programma van ZonMw van waaruit een groot aantal wetenschappelijke projecten van verschillende kennisinstellingen is gefinancierd binnen de kaders van drie aandachtsgebieden: 1) Behandeling, Diagnostiek en Vaccinatie, 2) Zorg, Preventie en verspreiding en 3) Maatschappelijke dynamiek. De alinea die hieraan gewijd is in het jaarverslag (pag. 52) betreft budgetten die in 2021 extra zijn toegevoegd als intensivering van dit programma. De projecten binnen het programma zijn op verschillende momenten gestart en hebben verschillende doorlooptijden. Een groot aantal is reeds afgerond, anderen lopen nog. Het totale programma loopt tot eind 2024. De voortgang en resultaten van de verschillende projecten zijn toegankelijk via de website van ZonMw en via wetenschappelijke publicaties. Deze worden niet aan VWS specifiek aangeboden. Wel ontvangt VWS als opdrachtgever voortgangsrapportages van ZonMw. Daarnaast heeft ZonMw regelmatig contact met VWS en andere stakeholders, zodat relevante resultaten tijdig gedeeld kunnen worden zodat beleid en wetenschap hierop snel kunnen anticiperen. Meer informatie over dit programma, alsmede de rappor-

tages van gefinancierde projecten kunt u vinden via de website van ZonMw.³⁸

Vraag 157

Waarop baseert u de enorme stijging van de grieprik? Vindt u van 52,6 procent naar 53,7 procent een enorme stijging?

Antwoord:

Tot en met 2017 was er sprake van een jaarlijkse licht dalende deelname aan het Nationaal Programma Grieppreventie. Sindsdien is er sprake van een stijgende trend. In 2019 was het opkomstpercentage 52,6%. In 2020 was dat 53,7%. Uit de rapportage van het Nivel blijkt dat binnen de doelgroep voor vaccinatie, zoals gedefinieerd door het NHG, de vaccinatiegraad in 2020 53,7% is. Voorafgaand aan de vaccinatiecampagne 2020 heeft het NHG de adviezen over de indicatiestelling voor griepvaccinatie echter aangescherpt en verduidelijkt, met name de aanbeveling voor griepvaccinatie bij een aantal aandoeningen die kunnen leiden tot verminderde weerstand zonder dat er sprake is van afweerverlagende medicatie: virus hepatitis, colitis ulcerosa, ziekte van Crohn, reumatische aandoeningen, sarcoïdose. Als de vaccinatiegraad in de doelgroep berekend wordt voor dezelfde indicatiegroepen als in 2019, dan zien we zelfs een stijging van 52,6% in 2019 naar 57,3% in 2020³⁹.

Vraag 158

Kunt u toelichten waar het grote verschil voor de bijdrage aan medeoverheden vandaan komt, aangezien sprake is van een verhoging van 1,19 miljard euro ten opzichte van de begroting?

Antwoord:

In 2021 heeft de GGD taken uitgevoerd op het gebied van testen, traceren en vaccineren. De uitvoering van deze taken ging gepaard met grote onzekerheid over de invulling, omvang en duur ervan, waardoor het lastig was om die kosten bij het maken van de begroting goed te voorspellen. Om de kosten van de GGD adequaat te dekken zijn er daarom meermaals aanvullende middelen toegevoegd aan mijn begroting via incidentele suppletoire begrotingen.

Vraag 159

Waarom wordt hier gerekend met 75 procent deelname aan de grieprik?

Antwoord:

Vanwege de coronapandemie was de verwachting dat de animo voor de griepvaccinatie in 2020 en 2021 hoger zou zijn. In 2020 heeft de toenmalige Staatssecretaris, door de hoge vraag in relatie tot het beschikbare aantal vaccins, gezonde mensen van 60 tot 69 jaar gevraagd om in de eerste instantie niet in te gaan op de uitnodiging voor de grieprik. Zoals eind 2020 is gedeeld met uw Kamer heeft deze groep later alsnog de mogelijkheid gekregen om zich te laten vaccineren tegen de griep. Bij de inkoop van extra vaccins is in 2020 rekening gehouden met een opkomst tot 75% van de doelgroep. Dit percentage is conform de richtlijn van de WHO.

Met het oog op de onzekerheden rond de ontwikkelingen van de coronapandemie en om te verzekeren dat iedereen uit de doelgroep die dat wil zich ook kon beschermen tegen de griep door vaccinatie, zijn voor de vaccinatiecampagne van 2021 wederom vaccins ingekocht rekening houdend met een opkomstpercentage van 75%.

³⁸ <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/coronavirus/programmas/programma-detail/covid-19-programma/>.

³⁹ Nivel Monitor Vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2020.

Vraag 160

Waarom zijn er geen actuelere cijfers (van 2021) over de ongecontracteerde zorg?

Antwoord:

Onderzoek naar het aandeel niet-gecontracteerde zorg is pas haalbaar als het jaar volledig is afgerond – contracten kunnen ook in de loop van het jaar nog gesloten worden – en (nagenoeg) alle declaraties van het betreffende jaar ingediend zijn. De declaratiesnelheid wisselt per sector, in de wijkverpleging wordt maandelijks gefactureerd terwijl in de bekostiging van de ggz die tot en met 2021 loopt geldt de dbc's maximaal een jaar open kunnen staan. Per 2022 is de bekostiging van de ggz gewijzigd waardoor declaraties sneller kunnen worden ingediend. Overigens komt het overzicht van de niet-gecontracteerde zorg niet automatisch tot stand: daar is apart onderzoek voor nodig dat doorlooptijd vergt. Na de zomer zal het onderzoek niet-gecontracteerde wijkverpleging 2021 met de Tweede Kamer gedeeld worden.

Vraag 161

Waarom is de zorg voor illegalen en onverzekerbare vreemdelingen in 2021 zoveel hoger uitgekomen dan geraamd? Hoeveel illegalen en onverzekerbare vreemdelingen kregen in 2021 zorg?

Antwoord:

De omvang van de uitgaven in 2021 is in lijn met de uitgaven in 2020. De overschrijding in 2020 werd aanvankelijk niet structureel verondersteld, maar dat lijkt nu wel het geval. De precieze oorzaken zijn mij niet bekend, omdat – gelet op de doelgroep – slechts een beperkt aantal gegevens van de gebruikers wordt geregistreerd (zoals geboortjaar en nationaliteit). Daardoor is het niet goed mogelijk een beeld te krijgen van het aantal unieke patiënten. De oorzaken kunnen daardoor zowel gelegen zijn in een toename van het aantal illegalen en onverzekerbare vreemdelingen, als ook dat zorgverleners steeds beter bekend zijn met de regeling en hier eerder een beroep op doen dan voorheen.

Vraag 162

Kunt u een overzicht geven van de onderschrijdingen/overschrijdingen gedurende de afgelopen tien jaar op de totale begroting van uw ministerie en afzonderlijk op de huisartsenzorg, wijkverpleging, ggz, geneesmiddelen en medisch specialistische zorg.

Antwoord:

Het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) wordt aan het begin van een nieuwe kabinet vastgesteld⁴⁰. Om te toetsen of het Uitgavenplafond Zorg overschreden dan wel onderschreden is, worden de netto zorguitgaven getoetst aan het Uitgavenplafond Zorg.

In de onderstaande tabel 1 is een overzicht opgenomen van de onderschrijding/ overschrijding van het Uitgavenplafond Zorg van de afgelopen 10 jaar (2012–2021), zoals deze in het jaarverslag stonden.

⁴⁰ Het Uitgavenplafond Zorg wordt alleen conform de begrotingsregels bijgesteld voor loon- en prijsontwikkelingen en overboekingen tussen de Uitgavenplafonds Zorg, Rijksbegroting en Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt (SZA).

Tabel 1: Over- en onderschrijdingen Uitgavenplafond Zorg 2012–2021 (Bedragen x 1 miljard)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Overschrijding (+) en onderschrijding (–)	0,9	– 1,1	– 2,0	– 0,6	– 1,8	– 2,6	– 1,9	– 1,4	– 1,1	– 0,3

Bron: VWS-jaarverslagen 2012 t/m 2021

Er kan niet exact worden aangegeven welk deel van de overschrijding/ onderschrijding betrekking heeft op de Zvw, AWBZ/Wlz en begrotingsgefinancierde sectoren. Dit omdat er geen dekkaders van het Uitgavenplafond Zorg zijn voor de afzonderlijke sectoren.

De bijstellingen van de netto-zorguitgaven per sector zijn wel uitgesplitst opgenomen in de VWS-jaarverslagen 2012 tot en met 2021. In het jaarverslag is de stand van de laatste ontwerpbegroting vóór het jaarverslag vergeleken met de stand van het jaarverslag. Daaruit volgen de bijstellingen.

In onderstaande tabel 2 zijn de bijstellingen van de huisartsen, medisch-specialistische zorg, ggz, apotheekeerzorg en de wijkverpleging opgenomen zoals deze de afgelopen 10 jaar (2012–2021) in de jaarverslagen stonden.

Bijstellingen van enkele Zvw sectoren 2012–2021 (Bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Huisartsenzorg										
Stand ontwerpbegroting	2.105	2.394	2.528	2.671	2.762	2.858	2.999	3.047	3.249	3.426
Stand jaarverslag	2.336	2.397	2.554	2.591	2.644	2.715	2.873	3.073	3.290	3.434
<i>Bijstelling</i>	<i>231</i>	<i>3</i>	<i>25</i>	<i>– 80</i>	<i>– 119</i>	<i>– 143</i>	<i>– 126</i>	<i>26</i>	<i>41</i>	<i>7</i>
Medisch- specialistische zorg										
Stand ontwerpbegroting	18.683	19.852	20.528	20.316	21.146	21.336	21.841	22.833	23.762	24.435
Stand jaarverslag	19.070	20.538	20.910	20.353	21.388	21.956	22.610	23.534	24.525	25.843
<i>Bijstelling</i>	<i>387</i>	<i>686</i>	<i>382</i>	<i>37</i>	<i>242</i>	<i>620</i>	<i>769</i>	<i>701</i>	<i>763</i>	<i>1.408</i>
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ¹										
Stand ontwerpbegroting	3.827	4.153	4.334	3.592	3.779	3.808	3.852	3.814	4.018	4.041
Stand jaarverslag	4.000	4.272	4.076	3.587	3.448	3.560	3.674	3.947	4.207	4.299
<i>Bijstelling</i>	<i>173</i>	<i>119</i>	<i>– 258</i>	<i>– 5</i>	<i>– 331</i>	<i>– 248</i>	<i>– 178</i>	<i>132</i>	<i>189</i>	<i>258</i>
Apotheekzorg										
Stand ontwerpbegroting	5.391	5.411	5.088	4.717	4.599	4.841	4.969	5.037	4.951	4.853
Stand jaarverslag	4.681	4.323	4.318	4.490	4.640	4.591	4.658	4.849	4.984	4.825
<i>Bijstelling</i>	<i>– 711</i>	<i>– 1.087</i>	<i>– 770</i>	<i>– 226</i>	<i>41</i>	<i>– 249</i>	<i>– 311</i>	<i>– 188</i>	<i>33</i>	<i>– 28</i>
Wijkverpleging ²										
Stand ontwerpbegroting	N.v.t	N.v.t	N.v.t	3.079	3.346	3.613	3.778	3.956	4.127	3.918
Stand jaarverslag	N.v.t	N.v.t	N.v.t	3.205	3.237	3.423	3.642	3.577	3.490	3.396
<i>Bijstelling</i>	<i>N.v.t</i>	<i>N.v.t</i>	<i>N.v.t</i>	<i>126</i>	<i>– 109</i>	<i>– 190</i>	<i>– 136</i>	<i>– 379</i>	<i>– 637</i>	<i>– 522</i>

¹ Dit betreft de stand van de ggz in 2021 gecorrigeerd voor de technische boeking van de schadelastdip ggz van – € 1,247 miljard.² In het kader van de hervorming langdurige zorg zijn in 2015 middelen overgeheveld vanuit de Wlz naar de Zvw voor de wijkverpleging.

Bron: VWS-jaarverslagen 2012 t/m 2021

Vraag 163

Hoe vaak zijn er behandelstops geweest op spoedeisende hulpsectoren afgelopen jaar?

Antwoord:

Zie ook het antwoord op vraag 12:

Niet alle ROAZ-regio's registreren consequent stops of hanteren dezelfde definities. Van 4 regio's zijn er betrouwbare, vergelijkbare data over SEH-stops (via Acuu Zorgportaal). In de 4 regio's zijn er in 2021 in totaal 2.961 stops geweest. De NZa heeft laten weten dat er geen stijging gezien wordt in het aantal stops op de SEH en de duur van de stops. Wel was er invloed van de pandemie: tijdens de lockdowns waren er minder stops en nam de duur van de stops af.

Vraag 164

Hoeveel en welke onderdelen van ziekenhuizen zijn afgelopen jaar gesloten?

Antwoord:

VWS heeft geen algemeen overzicht, anders dan openbare informatie hierover zoals in de media, over sluitingen van onderdelen van ziekenhuizen. Uit de «Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2021⁴¹» blijkt dat het zorgaanbod van SEH's en ziekenhuizen met acute verloskunde tussen mei 2020 en juni 2021 vrijwel niet veranderd is. Het aantal ziekenhuislocaties met een 24/7-uurs basis-SEH is ten opzichte van het jaar ervoor gelijk gebleven, evenals het aantal ziekenhuislocaties dat acute verloskunde aanbiedt. Wel heeft één SEH met beperkte (dag/avond) openstelling tijdelijk haar deuren gesloten, mede vanwege een tijdelijke afname van het aantal patiënten.

Vraag 165

Hoeveel medisch specialisten zijn er bijgekomen en gestopt sinds het begin van de coronacrisis?

Antwoord:

Bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) zijn in de periode maart 2020 tot en met maart 2022 2.232 medisch specialisten ingeschreven. In diezelfde periode zijn 1.153 medisch specialisten uitgeschreven.

Vraag 166

Hoeveel patiënten staan op de wachtlijst voor een operatie en welke type operaties betreft dit met name?

Antwoord:

De werkvoorraad bestaat uit mensen die bij een ziekenhuis bekend zijn en wachten op een operatie. Volgens schatting van de NZa⁴² zitten er momenteel 100.000 tot 120.000 operaties meer in de werkvoorraad dan in 2019. Het gaat hier alleen over de specialismen gynaecologie, heekunde, oogheekunde, orthopedie, plastische chirurgie, thoraxchirurgie en urologie. Deze specialismen omvatten waarschijnlijk het grootste deel van de uitgestelde zorg.

Vraag 167

Hoeveel budget hebben ziekenhuizen voor opleidingen en aantrekken van personeel? Hoeveel was dit in voorgaande jaren? In hoeverre hebben ziekenhuizen gebruik gemaakt van dit budget?

⁴¹ Kamerstuk 29 247, nr. 334.

⁴² Monitor Toegankelijkheid van Zorg, NZa, 30 mei 2022 Monitor Toegankelijkheid van zorg – 30 mei 2022 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

Antwoord:

Hoe groot de bedragen zijn die ziekenhuizen binnen hun begrotingen reserveren voor het opleiden en aantrekken van personeel is bij VWS niet bekend.

Specifiek gericht op opleidingen is er voor ziekenhuizen de subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg. Het budget over 2021 bedroeg 209 miljoen euro. In voorgaande jaren was het bedrag ook steeds circa 200 miljoen euro.

Daarnaast konden ziekenhuizen voor opleidingsgerelateerde activiteiten in 2021 ook een beroep doen op SectorplanPlus. Zorgbreed, dus ook voor andere branches, is het beschikbare budget € 420 mln. over de periode 2017–2022.

Tevens kunnen ziekenhuizen een beroep doen op het Stagefonds Zorg, ofwel de subsidieregeling Stageplaatsen Zorg II. In 2021 is 237 mln. euro aan subsidie uitbetaald voor stages gelopen in de schooljaren 2019–2020 en 2020–2021. Voor schooljaar 2020–2021 was 125 mln. euro beschikbaar. Het Stagefonds Zorg is een tegemoetkoming in de kosten voor het aanbieden van stages voor bepaalde zorgopleidingen. Voor schooljaar 2020–2021 hebben de ziekenhuizen meer dan 6.000 fte aan stages gerealiseerd die onder het Stagefonds Zorg vallen. De bedragen per fte stage lopen uiteen van 1.000 euro tot en met 3.100 euro en hangen af van de zorgopleiding. De ziekenhuizen hebben voor schooljaar 2020–2021 dus maximaal 18,6 mln. euro uit het Stagefonds Zorg ontvangen. Daarnaast kunnen zij ook aanspraak maken op de subsidieregeling Praktijkleren van het Ministerie van OCW voor een tegemoetkoming in de begeleidingskosten van BBL-studenten en duaal en deeltijd studenten van zorgopleidingen.

Ook kunnen ziekenhuizen gebruik maken van de subsidieregeling tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant wanneer zij deze opleiden. De opleidingen tot medisch specialist en andere specialisaties van artsen en de medische vervolgopleidingen voor verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel worden betaald uit de beschikbaarheidsbijdragen uit het premiekader en staan derhalve niet op de begroting van het Ministerie van VWS. Voor de ziekenhuizen bedraagt de beschikbaarheidsbijdragen voor de medische vervolgopleidingen in 2021 rond de 1,1 miljard euro.

Vraag 168

Kunt u een overzicht geven hoeveel IC's, SEH's en verloskunde afdelingen in de afgelopen tien jaar zijn gesloten?

Antwoord:**IC's**

In de jaarboeken van Stichting NICE is te vinden dat er in 2020 in totaal 81 IC-afdelingen waren. In 2013 waren er 90 IC-afdelingen.

SEH's

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

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

Bron: RIVM bereikbaarheidsanalyse SEH en acute verloskunde

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

Acute verloskunde

	2011 ¹	2012 ¹	2013 ¹	2014 ¹ ₁	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal ziekenhuislocaties met 24/7 acute verloskunde	84	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	84	81	81	80	75	74	75	74

¹ Cijfers tot en met 2014 zijn niet één-op-één vergelijkbaar met cijfers na 2014 omdat de manier van uitvragen verschillend is.

Bron: RIVM bereikbaarheidsanalyse SEH en acute verloskunde

Waar het gaat om veranderingen in de acute zorg, dient er te worden gehandeld in lijn met de Amvb acute zorg (Uitvoeringsbesluit Wkkgz, Stb. 2021, nr. 291). Zorgaanbieders dienen daarbij de Inspectie Gezondheidszorg (IGJ) te informeren en de omgeving en stakeholders te consulteren.

Vraag 169

Kunt u een overzicht geven van de ziekenhuizen die voornemens zijn om bepaalde ziekenhuisvoorzieningen te sluiten?

Antwoord:

Ik heb geen overzicht van ziekenhuizen die voornemens hebben om bepaalde ziekenhuisvoorzieningen te sluiten. Waar het gaat om veranderingen in de acute zorg, dient er te worden gehandeld in lijn met de Amvb acute zorg (Uitvoeringsbesluit Wkkgz)⁴³. Zorgaanbieders dienen daarbij de Inspectie Gezondheidszorg (IGJ) te informeren en de omgeving en stakeholders te consulteren.

Wanneer er mogelijk sprake is van discontinuïteit van zorg, bijvoorbeeld door financiële problemen, dan gelden de werkafspraken vanuit het Early Warning Systeem (EWS). In werkafspraken tussen de NZa, zorgverzekeraars en zorgkantoren is vastgelegd op welk moment zorgverzekeraars en zorgkantoren mogelijke risico's in ieder geval moeten melden. Het EWS leunt niet op informatie van zorgverzekeraars alleen. De NZa houdt ook zelf de financiële positie van zorgaanbieders scherp in de gaten bijvoorbeeld door gebruik te maken van openbare informatie uit jaarrekeningen en media-analyses.

Vraag 170

Wat is op dit moment de stand van zaken omtrent de besluitvorming over de eventuele bouw van een nieuwe reactor voor de productie van de grondstof voor medische radioisotopen? Wanneer volgt er besluitvorming? Klopt het dat er mede hierdoor 53 miljoen euro beschikbaar is?

⁴³ Stb. 2021, nr. 291.

Antwoord:

Het kabinet is voornemens om vóór de zomer een besluit te nemen over het al dan niet publiekelijk financieren van het PALLAS-project (de bouw van een nieuwe kernreactor voor de productie van medische isotopen). Tot die tijd wordt het PALLAS-project gefinancierd onder de voorwaarde dat de kosten worden beheerst en de activiteiten worden getemporiseerd, zodat er geen onomkeerbare stappen worden gezet, zolang het kabinet nog geen beslissing heeft genomen. Tegelijkertijd is het niet de bedoeling dat het project tussentijds onnodige vertraging oploopt en dat gelet op de ouderdom van de huidige Hoge Flux Reactor er geen tekorten aan medische isotopen ontstaan. Een deel van de € 53 miljoen (te weten € 35 miljoen, zie de VWS-begroting 2022) is hiervoor gebruikt in de vorm van leningen aan PALLAS en SHINE (vestiging nieuwe isotopenfabriek in Veendam). Het overige deel betreft medicatieoverdracht. Dit bedrag is derhalve niet beschikbaar.

Vraag 171

Kan worden aangegeven hoeveel middelen er sinds 2017 aan personen met verward gedrag is geïnvesteerd en wat de concrete opbrengsten daarvan zijn?

Antwoord:

In de periode 2017–2021 is er in totaal 137,4 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de aanpak personen met verward gedrag. Onderdeel hiervan is het actieprogramma «lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag», waarmee ruim 79 miljoen euro is geïnvesteerd in lokale initiatieven. Hiermee is ingezet op het versterken van regionale samenwerking ten behoeve van zorg en ondersteuning aan mensen met onbegrepen gedrag. Op 9 mei 2022 is de Kamer geïnformeerd over opbrengsten van dit actieprogramma⁴⁴. Zo zijn de afgelopen vijf jaar ruim 800 praktijkprojecten gefinancierd. De evaluatie laat zien dat de initiatieven hebben bijgedragen aan onder andere de inzet van wijk-ggd'ers ten behoeve van signalering en ondersteuning van mensen met verward gedrag en meer zicht op de groep mensen met onbegrepen gedrag. Ondersteund door het actieprogramma is hiermee lokaal bijna overal een basis gelegd voor een werkende aanpak voor personen met onbegrepen gedrag. Daarnaast wordt vanuit deze middelen voor personen met verward gedrag een bijdrage (circa 40 miljoen euro in de periode 2017–2021) geleverd aan de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg onverzekerden, omdat personen met verward gedrag vaak onverzekerd zijn en hiermee de toegang tot zorg wordt gewaarborgd.

Naast deze middelen zijn er premie-uitgaven geweest voor psycholances (totaal circa 13,5 miljoen euro in de periode 2017–2021). Dit zijn «prikkelarme» ambulances die ervoor kunnen zorgen dat personen met verward gedrag rustiger bij de hulpverlenende instantie aankomt.

Vraag 172

Waarom worden de middelen voor de niet uitgevoerde mediacampagne voor orgaandonatie niet doorgeschoven?

Antwoord:

In de GMT-begroting is structureel budget voor donorvoorlichting opgenomen om te kunnen waarborgen dat ieder jaar voorlichtingsactiviteiten uitgevoerd kunnen worden, indien hiertoe aanleiding bestaat. De middelen voor de in 2021 niet uitgevoerde mediacampagne voor orgaandonatie hoeven dus niet naar 2022 doorgeschoven te worden. Er is

⁴⁴ Kamerstuk 25 424, nr. 607.

ook in 2022 voldoende geld begroot om de geplande campagne uit te voeren.

Vraag 173

Wat is de dat de regeling veelbelovende zorg nog niet op stoom is gekomen?

Antwoord:

In 2021 zijn binnen de Subsidieregeling veelbelovende zorg acht subsidies toegekend. Het totale bedrag aan toegekende subsidies (over de hele looptijd van de betreffende meerjarige projecten) was € 40,2 miljoen (het subsidieplafond bedraagt € 69 miljoen).

Reden voor deze onderbesteding is dat van de ingediende projectideeën een kleiner deel dan verwacht heeft geleid tot een subsidieaanvraag en vervolgens tot toekenning van een subsidie. Projectideeën en aanvragen die niet tot een subsidie hebben geleid, bleken niet aan de criteria van de regeling te (kunnen) voldoen. Dit komt onder meer doordat de adviescommissie van mening was dat de beschikbare studiegegevens nog niet voldoende waren om de veiligheid van de interventie-indicatiecombinatie aan te tonen en/of de werkzaamheid van de interventie-indicatiecombinatie aannemelijk te maken. Het ging om kosten en/of activiteiten waarvoor gezien de reikwijdte van de regeling geen subsidie kan worden verstrekt, en de begroting niet sluitend kon worden gemaakt door de beperkingen die de verhouding zorgkosten-onderzoekskosten (80–20) met zich meebrengt.

Ook zijn de maximale verleende subsidiebedragen gemiddeld genomen lager dan verwacht. Er zijn relatief weinig projectideeën en subsidieaanvragen ingediend waarbij het gaat om dure zorg zoals bijvoorbeeld ATMP's (Advanced Therapy Medicinal Products) en waarbij een groot aantal patiënten geïnccludeerd moet worden om een vergelijking met de huidige behandeling te maken. Eén of twee meer van dergelijke projecten in een kalenderjaar zou het subsidieplafond in zicht brengen. Gezien het open karakter van de regeling – het is een brede oproep voor veelbelovende zorg-projecten – is het wenselijk om die ruimte te hebben. 2021 was het derde jaar dat de subsidieregeling liep. In de aanloofase kan onderbesteding ook komen doordat zowel onderzoekers als uitvoerders van de regeling nog moeten wennen aan de nieuwe manier van werken. In dat licht wordt gewerkt aan het continu verbeteren van de processen en het geven van toelichting en bieden van ondersteuning aan aanvragers.

Vraag 174

Hoeveel vrouwelijke genitale verminkingen (VGV) zijn voorkomen door de actieagenda schadelijke praktijken in 2021? Hoeveel meisjes lopen op dit moment het risico op VGV?

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar hoeveel vrouwelijke genitale verminkingen zijn voorkomen in 2021. In 2019 onderzocht Pharos in opdracht van het Ministerie van VWS hoe vaak VGV in Nederland voorkomt. Uit dit onderzoek blijkt dat in Nederland ongeveer 38.000 meisjes wonen in de leeftijd 0 tot 19 jaar met tenminste één ouder uit één van de 29 landen waar VGV voorkomt en waar prevalentiecijfers beschikbaar zijn. Van deze 38.000 meisjes lopen ongeveer 4200 meisjes het risico besneden te worden in de komende 20 jaar.

Vraag 175

Hoe wilt u eenzaamheid in de specifieke doelgroep van 18 tot en met 34 jaar verminderen? Komt er binnen het vervolg van het programma Eén tegen eenzaamheid een bijzonder programma voor deze doelgroep?

Antwoord:

Eenzaamheid onder jongeren en jong volwassenen is een serieus probleem waar wij als samenleving iets aan moeten doen. Ik ben van mening dat we de kracht van Eén tegen eenzaamheid én van bestaande initiatieven goed moeten benutten, zonder een apart programma in te richten. Er wordt nu en de komende jaren veel gedaan aan dit probleem.

Binnen het programma Eén tegen eenzaamheid wordt er momenteel al aandacht gegeven aan eenzaamheid onder jongeren en jongvolwassenen. Bijvoorbeeld via advisering vanuit het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid op lokaal niveau, de publiekscampagne, in de Wetenschappelijk Advies Commissie en tijdens de Week tegen eenzaamheid. Ook loopt er een ZonMw call om meer effectieve interventies op eenzaamheid te ontwikkelen en te delen binnen Nederland en wordt er via de Nationale Wetenschapsagenda eenzaamheid kennis ontwikkeld op dit thema.

Ook binnen het programma Maatschappelijke Diensttijd is er aandacht voor het tegengaan van eenzaamheid. Daarnaast ondersteun ik onder meer Join us, een organisatie die zich inzet tegen eenzaamheid onder jongeren. Op korte termijn informeer ik uw Kamer over een brede aanpak mentale gezondheid, waar ook eenzaamheid één van de thema's is.

Vraag 176

Wat is de verwachting ten aanzien van de ontwikkeling van ggz-aanvragen in de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2022? Zal het aantal aanvragen stabiliseren? Bestaat het voornemen om het Wlz-kader hier structureel voor bij te stellen?

Antwoord:

Afgelopen februari heeft de NZa haar advies uitgebracht over de toereikendheid van het Wlz-kader. In reactie daarop is het Wlz-kader voor 2022 verhoogd door de inzet van een deel van de herverdeelmiddelen (€ 175 miljoen) die zoals gebruikelijk waren gereserveerd op de VWS-begroting⁴⁵. Daarmee was het budgettaire kader toereikend om de verwachte groei binnen de Wlz, waaronder ook de groei over 2022 van de GGZ, op te vangen. Het verloop van de instroom wordt sindsdien nauwlettend gemonitord, ook om te zien of deze stabiliseert. In juli levert de NZa opnieuw een advies op over het Wlz-kader en het verloop in 2022. Op dat moment wordt gezien wat de stand is van de instroom van de ggz en wat dit betekent voor de toereikendheid van het Wlz-kader.

Vraag 177

Hoe wilt u de ambities van de woonzorgvisies en voor uitbreiding van 25.000 verpleegzorgplekken de komende vijf jaar realiseren? Welke partijen zijn hiervoor van belang?

Antwoord:

De uitbreiding van het aantal verpleegzorgplekken is onderdeel van de bestuurlijke afspraken die mijn ambtsvoorganger met de VNG, Aedes, ActiZ, ZN en de Taskforce wonen en zorg heeft gemaakt. Deze bestuurlijke afspraken zijn ook onderdeel van het programma wonen en zorg voor ouderen dat de Minister voor LZS samen met de collega van Volkshuisvesting en ruimtelijke ordening ga uitvoeren. Het betreft de nadere invulling van de vierde actielijn in het WOZO-programma. Dit programma zal de Minister voor LZS in juli 2022 aan uw Kamer aanbieden en dit zet in op de versnelling van de bouw, verhogen van de doorstroming van ouderen naar meer geschikte woonvormen en verbetering van de leefomgeving.

⁴⁵ Kamerstuk 34 104, nr. 352.

Vraag 178

Kan worden toegelicht waarom de verplichtingen van bijna 3,3 miljard euro meer stijgen dan verwacht in de langdurige zorg? Waarom wordt dit bijgeplust via de begroting van het ministerie in plaats van door het verhogen van het Wlz-percentage, mede gezien de opmerking op blz. 118 («Het is ongebruikelijk om de arbeidsvoorwaarden of de arbeidsomstandigheden direct te subsidiëren vanuit de begroting van het Ministerie van VWS»)?

Antwoord:

De bijstelling van de verplichtingen op artikel 3 van bijna € 3,3 miljard wordt grotendeels veroorzaakt door de Rijksbijdragen in de Wlz en heeft vooral een technisch karakter. De uitgaven aan de BIKK en aan de Rijksbijdrage Wlz waren in 2021 circa € 0,8 miljard hoger dan begroot. De verplichtingen over 2021 zijn opgehoogd overeenkomstig deze extra uitgaven. Daarnaast zijn de verplichtingen extra verhoogd met € 2,6 miljard om ervoor te zorgen dat VWS in 2021 de noodzakelijke verplichtingen kon aangaan vooruitlopend op de verwachte uitgaven aan BIKK en rijksbijdrage Wlz in 2022. De Rijksbijdragen worden gestort in het Fonds langdurige zorg, net als de ontvangen Wlz-premies, en worden dus niet gebruikt om zorginstellingen te subsidiëren vanuit de VWS-begroting. De instellingen worden via de gebruikelijke weg door zorgkantoren bekostigd ten laste van het Fonds langdurige zorg. Er is in 2018 besloten tot introductie van de rijksbijdrage Wlz vanaf 2019 in samenhang met het besluit om de Wlz-premie constant te houden op 9,65%. Sinds dat moment worden tekorten van het Fonds langdurige zorg gefinancierd vanaf de rijksbegroting.

Vraag 179

Welke kostenposten hebben geleid tot het verslechteren van het vermogen van het Fonds langdurige zorg met circa 700 miljoen euro, wat opgevangen is door een rijksbijdrage?

Antwoord:

De rijksbijdrage Wlz voor 2021 is in de begroting 2022 verhoogd van € 6,9 miljard naar € 7,6 miljard omdat toen werd voorzien dat het vermogen van het Fonds langdurige zorg per ultimo 2021 € 0,7 miljard slechter dreigde uit te komen dan geraamd in de begroting 2021. Deze verslechtering was het saldo van een € 1,0 miljard lager vermogen per ultimo 2020 dan geraamd in de begroting 2021 en een € 0,3 miljard hoger ingeschat saldo 2021. In onderstaande tabel staat de opbouw van het bedrag.

Bijstelling raming vermogen Fonds langdurige zorg tussen Begroting 2021 en Begroting 2022.

Lagere inkomsten 2019	– € 0,4 miljard
Lagere inkomsten 2020	– € 0,3 miljard
Hogere uitgaven 2020	– € 0,3 miljard
Vermogen per ultimo 2020	– € 1,0 miljard
Uitgaven 2021	– € 0,6 miljard
Inkomsten 2021 (excl rijksbijdrage Wlz)	+ € 0,9 miljard
Mutatie geraamde saldo 2021	+ € 0,3 miljard
Geraamd vermogen per ultimo 2021	– € 0,7 miljard

Vraag 180

Heeft u een verklaring voor het grote aantal (zelf)aanvragen dat bij het ClZ zijn binnengekomen in het laatste kwartaal van 2021? Welke redenen lagen hieraan ten grondslag?

Antwoord:

In uw vraag benoemt u «het laatste kwartaal van 2021». Er is in de beantwoording echter uitgegaan van het jaar 2020, zoals ook in het jaarverslag staat vermeld.

Het merendeel van de aanvragen is, ondanks de inspanningen van betrokken partijen, pas in de tweede helft van 2020 op gang gekomen. In het aantal aanvragen bevinden zich relatief veel «zelfaanmelders». Het gaat hierbij vaak om mensen met een extramurale vorm van zorg en/of ondersteuning. In de evaluatie van Significant, die op 15 oktober 2021 aan uw Kamer is verstuurd⁴⁶, worden verschillende redenen gegeven voor het vertraagd op gang komen van de aanvragen. Zo bleek dat onduidelijkheid over definities, afbakening en tarieven vooral voor zorgaanbieders tot terughoudendheid bij het indienen van aanvragen heeft geleid. Daarnaast was het voor betrokken partijen, zoals gemeenten en het ClZ, ingewikkeld om de groep (thuiswonende) budgethouders te bereiken en waren bij «zelfaanmelders» minder vaak de cliëntdossiers voldoende op orde, waardoor het proces van aanmelden meer tijd in beslag nam. Ten slotte geeft Significant aan dat de COVID-19 pandemie een van de redenen was dat de indicatieaanvragen pas na de zomer op gang kwamen.

Vraag 181

Hoe groot is het afgenomen percentage van de administratieve lasten, ontstaan door het programma (Ont)Regel de Zorg? Welke regels zijn afgeschaft in 2021? Kunt u een concrete opsomming geven?

Antwoord:

De opbrengsten van het programma [Ont]Regel de Zorg zijn niet op deze manier in één getal uit te drukken. Het programma heeft onmiskenbaar vruchten afgeworpen: uit de meest recente monitoringsinformatie blijkt voor het eerst sinds lange tijd een afname van de door zorgverleners ervaren regeldruk, al is deze afname nog niet over de gehele linie even merkbaar. Korthedshalve verwijzen wij voor verdere duiding naar de laatste voortgangsrapportage over het programma (Kamerstukken 29 515, nr. 452).

Op <http://www.ordz.nl> is informatie beschikbaar over resultaten van het programma, inspirerende voorbeelden en goede, regelarme werkwijzen. Daar is bijvoorbeeld te lezen dat per 1 januari 2021 paramedici papieren verwijzingen niet meer op papier hoeven te verwijderen, maar deze ook digitaal mogen bewaren. Ook is in 2021 de wijze van administreren van opiumwetmiddelen in de openbare apotheek verduidelijkt en geactualiseerd in een nieuwe handreiking. Een volledige opsomming van alle in 2021 afgeschaftte regels is niet te geven, omdat het voor een groot deel regels, werkwijzen en procedures binnen zorgaanbieders zelf betreft.

Vraag 182

Welke negentien zorginstellingen hebben de interne regeldruk kunnen verminderen? Hoeveel minder tijd wordt er besteed aan administratieve lasten per zorginstelling?

Antwoord:

Het betreft de volgende instellingen:

- Terwille Verslavingszorg
- Dijklander ziekenhuis
- NoordWest Ziekenhuisgroep
- MCV Nederland
- Zorg Groep Twente
- Zorgcentra Meerlanden
- Gelre Ziekenhuizen

⁴⁶ Kamerstuk 35 146, nr. 20 en Kamerstukken 34 104 en 25 424, nr. 344.

- WZC Maria Dommer
- GHC De Bilt
- Huisartsenpraktijk Maarn
- St. Antonius
- Rijnstate
- Humanitas
- Allertzorg
- Oogkliniek Drechtsteden
- Vitaal Thuiszorg
- Betuwezorg
- Bravis Ziekenhuis
- Savant Zorg

Dit zijn de instellingen die een compleet traject met de [Ont]Regelbus gevolgd hebben, of een belangrijk deel daarvan. Daarnaast zijn vele zorginstellingen en aanbieders zelf, zonder ondersteuning van de [Ont]Regelbus, aan de slag gegaan met het verminderen van interne regeldruk. Inspirerende voorbeelden hiervan zijn vindbaar op www.ordz.nl.

De eindrapportage van de [Ont]Regelbus gaat in op de opbrengsten van deelname voor deelnemende zorginstellingen. Deze heeft u in maart 2022 ontvangen (Kamerstukken 29 515 en 25 295, nr. 462). Er is niet stelselmatig gemeten hoeveel tijd er minder aan administratieve lasten besteed wordt in instellingen die aan de [Ont]Regelbus hebben deelgenomen.

Vraag 183

Heeft u een duidelijk beeld in welke sectoren van de zorg de meeste administratieve lasten zijn?

Antwoord:

Gegeven de veelheid aan begrippen en definities die op het thema van regeldruk in de zorg betrekking hebben en de subjectieve dimensie die hieraan zit, is het niet mogelijk een eenduidig antwoord op deze vraag te geven. Wel is het zo dat in opdracht van VWS in het kader van de merkbaarheidsscans onder verschillende beroepsgroepen gegevens zijn verzameld over de (zelfgerapporteerde) administratieve tijdsbesteding. Deze gegevens zijn aan uw Kamer verstrekt (Kamerstuk 29 515, nr. 452). Hieruit blijkt dat professionals in de medisch specialistische zorg (msz) en in de curatieve ggz de hoogste ervaren tijdsbesteding aan administratieve taken kennen. In de msz gaat het om 41,9% van de werktijd, in de curatieve ggz om 39,3% van de werktijd.

Vraag 184

Op welke manieren wordt er opvolging gegeven aan het programma (Ont)Regel de Zorg? Wordt het programma een structureel onderdeel van het zorgbrede beleid binnen het ministerie?

Antwoord:

De Minister voor LZS komt nog voor de zomer met een vervolg op het programma (Ont)Regel de Zorg. Daarin gaat zij ook in op inbedding van het programma binnen het departement.

Vraag 185

Kan aangegeven worden welke van de openstaande acties en maatregelen van het programma (Ont)Regel de Zorg nog gerealiseerd gaan worden de komende tijd? Kan geconcludeerd worden dat niet alle nog openstaande acties en maatregelen gerealiseerd gaan worden? Zo ja, hoe komt dat?

Antwoord:

Het overgrote deel van de actiepunten uit het programma [Ont]Regel de Zorg zoals dat de afgelopen periode heeft gelopen, is afgerond. Sommige in principe afgeronde punten vragen nog aanhoudend inzet, bijvoorbeeld het afschaffen van de minutenregistratie in de wijkverpleging. De verplichting om de minutenregistratie te gebruiken is afgeschaft, maar er zijn zorgaanbieders die er nog steeds mee werken en daarmee is de minutenregistratie nog niet volledig uit de praktijk verdwenen. Enkele actiepunten staan nog open en zijn nog onderhanden werk. Er zijn tot slot ook actiepunten die gaandeweg het programma onvoldoende duidelijk bleken om op te pakken, of inmiddels waren ingehaald door andere ontwikkelingen. Deze actiepunten zijn, in overleg met vertegenwoordigers van de desbetreffende beroepsgroepen en andere betrokken partijen, van de werkagenda afgevoerd. Een totaaloverzicht van de actuele stand van zaken van alle 171 oorspronkelijke actiepunten is vindbaar op www.ordz.nl.

Vraag 186

Is de ministeriële regeling Model Prestatiecodes Jeugd (MPJ), waar 3800 productcodes worden teruggebracht tot 26 prestatiecodes, overal doorgevoerd? Welk percentage administratie van arbeidstijd is hiermee verminderd?

Antwoord:

Op dit moment wordt voor het Model Prestatiecode Jeugd (MPJ) een impactanalyse uitgevoerd (deze wordt begin juni verwacht) en daarna zal de ministeriële regeling MPJ nog worden voorgelegd voor internetconsultatie.

Op de mogelijke tijdbesparing dankzij het MPJ is geen eenduidig antwoord te geven. Het doel is de huidige praktijk van diverse gemeentelijke productcodes en registratie daarvan te vereenvoudigen. De invoering van het MPJ vraagt een aanpassing van deze praktijk en dus ook in eerste instantie weer administratieve lasten. Hoeveel wordt nu onderzocht. Gezien de huidige hoeveelheid productcodes op aanbieders en professionals een verschillende impact hebben, zal de tijdswinst voor professionals per gemeente en per regio verschillen.

Vraag 187

Wat is de deeltijdfactor in de zorg in respectievelijk 2016 en 2021?

Antwoord:

Antwoord: De deeltijdfactor in respectievelijk 2016 en 2021 is gelijk gebleven, namelijk: 0,68 fte per baan.

Vraag 188

Hoeveel werknemers in de zorg hebben de afgelopen jaren hun contract uitgebreid?

Antwoord:

VWS heeft geen zicht op de hoeveelheid werknemers die de afgelopen jaren hun contract heeft uitgebreid.

Vraag 189

Hoe hoog is de uitstroom in de zorgsector in respectievelijk 2016, 2019, 2020, 2021 en 2022?

Antwoord:

In onderstaande tabel is de uitstroom uit de zorgsector weergegeven.

	Q4 2016	Q4 2017	Q4 2018	Q4 2019	Q4 2020	Q4 2021
Uitstroom	118.530	112.430	114.720	113.190	114.790	127.820

Bron: AZW Statline

Vraag 190

Worden er nog steeds mensen afgewezen voor een opleiding in de zorg?

Antwoord:

Ja. Het is aan opleidingen om de kwaliteit van de instroom te borgen, waaronder de voorwaarden om te kunnen starten met een opleiding in de zorg. Daarnaast hebben sommige opleidingen een maximum aantal opleidingsplaatsen per jaar beschikbaar, er is dan sprake van een numerus fixus met selectieprocedure.

Vraag 191

Op welke manier heeft de coronacrisis bijgedragen aan het terugdringen van de administratieve lasten? Kunt u een aantal concrete voorbeelden geven?

Antwoord:

Tijdens de coronacrisis zijn er zowel versoepelingen als verzwaringen van bestaande regels ervaren. In maart 2022 heeft de Minister voor LZS u geïnformeerd over de resultaten van een onderzoek dat zij hiernaar heeft laten uitvoeren (Kamerstukken 29 515 en 25 295, nr. 462). Voorbeelden die daaruit naar voren kwamen, waren de ontheffing op de import van geneesmiddelen en de versoepeling van evaluatietermijnen van zorgplannen in het sociaal domein.

Vraag 192

Hoe groot was het tekort aan wijkverpleegkundigen in 2021? Hoeveel wijkverpleegkundigen waren er in totaal en hoeveel zouden er in 2021 in totaal moeten zijn geweest om geen tekorten te hebben? Kunt u dit uitdrukken zowel met als zonder deeltijdfactor?

Antwoord:

In de thuiszorg werken hbo opgeleide verpleegkundigen en mbo opgeleide verpleegkundigen. Een afzonderlijke categorie wijkverpleegkundigen is in het Prognosemodel Zorg en Welzijn niet opgenomen.

In 2021 is er volgens het prognosemodel een tekort van 2.100 mbo-verpleegkundigen in de thuiszorg. Op basis van de raming van ABF waren er circa 23.900 mbo-verpleegkundigen werkzaam. Om geen tekort te hebben zouden er circa 26 duizend mbo-verpleegkundigen in de thuiszorg geweest moeten zijn. ABF Research gaat uit van een deeltijdfactor van 0,68 voor mbo-verpleegkundigen in de thuiszorg. Het benodigd aantal fte bedraagt dus circa 18 duizend.

In 2021 was er voor de categorie hbo opgeleide verlos- en verpleegkundigen in de thuiszorg een tekort van 1.700 personen. ABF Research heeft geraamd dat er in 2021 circa 14.700 verlos- en verpleegkundigen werkzaam waren. Er zouden circa 16 duizend hbo opgeleide verlos- en verpleegkundigen geweest moeten zijn om geen tekort te hebben. ABF Research gaat uit van een deeltijdfactor van 0,78 voor hbo verlos- en verpleegkundigen in de thuiszorg. Het benodigd aantal fte bedraagt dus circa 13 duizend.

Vraag 193

Hoe groot was het personeelstekort in de verpleeghuizen in 2021? Hoeveel verpleeghuismedewerkers waren er in 2021? Hoeveel hadden er geweest moeten zijn om geen tekort te hebben? Kunt u dit uitdrukken zowel met als zonder deeltijdfactor?

Antwoord:

In 2021 bedroeg het tekort in de verpleeghuizen op basis van het Prognosemodel Zorg en Welzijn 16.100 personen (circa 10.600 FTE). Op basis van cijfers van het CBS waren er aan het einde van het 4^e kwartaal van 2021 circa 318 duizend werknemers (seizoensgecorrigeerd) in de verpleeghuizen. Dit komt neer op 208.5 duizend FTE. Er zouden circa 334 duizend werknemers (circa 219 duizend FTE) geweest moeten zijn om geen tekort te hebben.

Vraag 194

Hoeveel subsidies zijn er in 2021 via SectorplanPlus verstrekt en aan welke doelen is dit besteed? Hoeveel verschillende zorginstellingen zijn hierbij betrokken? Welk resultaat heeft dit in 2021 opgeleverd?

Antwoord:

SectorplanPlus betreft een meerjarige (project)subsidie waarvan de subsidiabele activiteiten plaats vinden in de periode 2017–2022. In 2021 liep het per 1 januari 2020 gestarte en in augustus 2022 eindigende tijdvak vier waarvoor in totaal € 260 mln. beschikbaar is.

De subsidie wordt verstrekt door RegioPlus welke optreedt als penvoerder voor de aanvragende arbeidsorganisaties.

Met deze subsidie wordt beoogd arbeidsorganisaties in zorg en welzijn te stimuleren om opleidingsinspanningen te verrichten die gericht zijn op nieuwe instroom; met ontslag bedreigde medewerkers; opscholing van huidig personeel, zodat ruimte ontstaat voor nieuw personeel en het opleiden van praktijk/werkbegeleiders. In tijdvak vier zijn daar activiteiten, gericht op het behoud van personeel, aan toegevoegd.

Voor tijdvak vier is door RegioPlus namens ruim 1.200 zorgaanbieders een aanvraag voor meer dan 1.700 opleidingsprojecten voor in totaal ruim 400.000 deelnemers ingediend.

Vraag 195

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het opleidingsakkoord in de verpleeg- en verzorgingshuizen?

Antwoord:

De tekorten aan medewerkers in de VVT-sector zijn groot. De huidige instroom is onvoldoende om te kunnen voldoen aan de steeds complexere wordende zorgvraag en toename van het aantal cliënten. In het coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77) is opgenomen dat er een opleidingsakkoord in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) afgesloten zal worden. Voor het akkoord is € 150 miljoen (3x € 50 miljoen voor 2022 tot en met 2024) gereserveerd. VWS is in gesprek met veldpartijen om te toetsen waar de grootste knelpunten liggen rond het opleiden in de VVT-sector en hoe deze aangepakt kunnen worden. Intentie is om in het najaar 2022 met de betrokken partijen tot een opleidingsakkoord te komen.

Vraag 196

Wat zijn de afspraken over opleidingen in de VVT-sector?

Antwoord:

VWS is met werkgevers en partijen in het onderwijs in gesprek over wat de knelpunten zijn rond opleiden in de VVT, waar de grootste knelpunten liggen in de sector rond opleiden en welke oplossingsmogelijkheden er zijn. Onderzoeksbureau Berenschot is in april gestart met een onderzoek naar de (financiële) knelpunten in de wijkverpleging. Een eindrapport zal in de zomer opgeleverd worden. In het najaar 2022 zal met de desbetreffende partijen een opleidingsakkoord worden gesloten om gezamenlijk te komen tot oplossingen voor deze knelpunten, de resultaten van het onderzoek van Berenschot zullen daarbij meegenomen worden. Het antwoord op vraag 195 geeft (ook) het proces weer van de totstandkoming van het opleidingsakkoord in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT).

Vraag 197

«Bent u bekend met het fenomeen dat veel vrouwen in de zorg deeltijd werken omdat ze in het verzamelinkomen met hun partner precies het aantal beperkte uren werken zodat ze net niet hun toeslagen kwijtraken? Hoeveel extra uren gaan er door zorgmedewerkers extra gewerkt worden indien het verzamelinkomen voor de toeslagen verhoogd wordt van 36.000 naar 50.000 euro?

Hoeveel zorgmedewerkers waren er in 2021?

Hoeveel zorgmedewerkers werkten in 2021 deeltijd?

Hoeveel zorgmedewerkers werkten in 2021 tot twintig uur per week?

Hoeveel zorgmedewerkers werkten in 2021 tot acht uur per week?

Hoe staat het met de voorbereidingen voor de wetgeving voor de voltijdbonus?»

Antwoord:

Ja dit fenomeen is mij bekend. Mij is niet bekend hoeveel extra uren er door zorgmedewerkers extra gewerkt gaan worden bij verhoging van het verzamelinkomen naar € 50.000. Voor voornemens van het kabinet op dit vlak verwijs ik u naar de brief die het kabinet voor de zomer naar uw Kamer zal sturen naar aanleiding van de motie van de leden Paternotte en Heerma⁴⁷ over de kabinetsbrede aanpak van arbeidsmarktkrapte. Eind 2021 werkten er 1,3 miljoen werknemers binnen de sector zorg en welzijn. Het aantal deeltijdbanen binnen zorg en welzijn (inclusief kinderopvang) bedroeg eind 2021 1,217 miljoen tegenover 255 duizend voltijdsbanen⁴⁸. Het aantal banen binnen zorg en welzijn (inclusief kinderopvang) van 19 uur per week of minder bedroeg 385 duizend, waarvan 185 duizend minder dan 12 uur per week (cijfer tot 8 uur per week is niet voor handen).

Over de voorbereidingen voor de wetgeving voor de voltijdbonus kan ik het volgende zeggen. Op 26 oktober 2021 heeft het College voor de rechten van de Mens een advies uitgebracht over het instellen van een voltijdbonus. Het College is van oordeel dat hierbij (verboden) onderscheid wordt gemaakt op grond van arbeidsduur of (indirect) op grond van geslacht. Een voltijdbonus, of een variant hierop, is daarom niet gerechtvaardigd. Het kabinet blijft echter opties verkennen om meer uren werk en voltijdsbanen te stimuleren. Zie hiervoor ook de brief naar aanleiding van de motie van de leden Paternotte en Pieter Heerma. Ondertussen blijft het Kabinet initiatieven, zoals dat van de Stichting het Potentieel Pakken, ondersteunen. Deze stichting helpt zorginstellingen om belemmeringen rondom «meer uren werken» weg te nemen.

⁴⁷ Kamerstuk 35 788, nr. 128.

⁴⁸ Sommige medewerkers hebben meerdere banen. Het aantal uren wordt gemeten per baan.

Vraag 198

Wat is de stand van zaken in het onderzoek naar de door de coronacrisis gebrachte versoepelingen op het gebied van administratieve lastenverlichting? Wanneer kan de Kamer de uitkomsten van dit onderzoek verwachten?

Antwoord:

Dit onderzoek is afgerond. In maart 2022 is het naar uw Kamer gestuurd (Kamerstukken 29 515 en 25 295, nr. 462).

Vraag 199

Kunt u aangeven hoe u betrokken partijen vroeg in het proces van planvorming gaat betrekken bij het programma (Ont)Regel de Zorg, aangezien dit een belangrijke les uit de evaluatie was?

Antwoord:

De afgelopen periode is VWS intensief in gesprek geweest met bij het programma [Ont]Regel de Zorg en bij het vraagstuk van regeldruk in de zorg betrokken partijen. De opbrengst van die gesprekken neemt de Minister voor LZS mee in de vervolgaanpak [Ont]Regel de Zorg, die uw Kamer nog voor de zomer tegemoet kan zien.

Vraag 200

Hoeveel van de 1378 reservisten uit de Nationale Zorgreserve zijn er in totaal ingezet in 2021?

Antwoord:

Zorgorganisaties konden vanaf 1 oktober een beroep doen op het initiatief De Nationale Zorgreserve (NZR) van Stichting Extra ZorgSamen. In de periode 1 oktober 2021 t/m 31 december 2021 hebben 137 zorgorganisaties een aanvraag gedaan, waar de NZR minimaal 746 van de gevraagde 960 diensten heeft ingevuld. Dit aantal is waarschijnlijk een ondergrens, omdat bij de start van de NZR door zorgorganisaties ook de reservisten direct benaderd en ingezet werden.

Vraag 201

Hoeveel van het totale subsidiebedrag voor de Nationale Zorgreserve in de periode 2020–2022 is in 2022 nog reeds beschikbaar?

Antwoord:

Er is in totaal voor de periode december 2020–juni 2022 € 2,8 mln. aan subsidie verleend aan Stichting Extra ZorgSamen voor het initiatief De Nationale Zorgreserve. Verwachting is dat dit bedrag volledig besteed wordt. VWS is in overleg met Stichting Extra ZorgSamen over verlenging van deze subsidie tot en met december 2022.

Vraag 202

Hoeveel extra ondersteunende functies zijn er ingevuld via de subsidieregeling Coronabanen in de Zorg, middels de 96 miljoen euro die het kabinet hier in 2021 voor heeft uitgetrokken?

Antwoord:

In 2021 is er in totaal voor circa € 87,5 mln. aan subsidie verleend aan 516 zorgaanbieders voor in totaal 7342 coronabanen. De komende maanden zullen zorgaanbieders de ontvangen subsidies verantwoorden. Dan wordt inzichtelijk hoeveel extra ondersteunende functies daadwerkelijk zijn ingevuld.

Vraag 203

Zal het budget voor het Stagefonds de komende jaren verder stijgen om aan de toegenomen vraag naar stageplaatsen in de zorg te kunnen voldoen?

Antwoord:

De subsidieregeling Stagefonds Zorg II is in 2021 geëvalueerd en tot 1 augustus 2022 beleidsarm verlengd. Ik ben voornemens om de subsidieregeling met vijf jaar te verlengen. Hierbij ben ik de mogelijkheid aan het verkennen om het budget van de subsidieregeling jaarlijks op te hogen met de OVA-middelen om de prikkelwerking van het Stagefonds op peil te houden. Dan zal er een hoger subsidieplafond beschikbaar komen.

Vraag 204

Welke oorzaak ligt er achter het oplopen van vertraging bij de VIPP-trajecten?

Antwoord:

Voor instellingen blijkt het vanwege onvoorziene omstandigheden niet altijd mogelijk om binnen de VIPP-regelingen gestelde termijnen de doelen te behalen. De instelling is voor het behalen van de modules vaak afhankelijk van de ICT-leveranciers. Daar doen zich soms bijvoorbeeld vertragingen voor waar de instelling geen invloed op heeft, waardoor de realisatie van de doelstellingen van de regelingen vertraging oploopt.

Tevens geldt dat de Covid-19 crisis grote impact heeft gehad op instellingen die deelnemen aan de VIPP-regelingen. ICT-afdelingen waren belast met het opschalen van technische voorzieningen t.b.v. de continuering van de bedrijfsvoering, waardoor vertraging is ontstaan bij de uitvoering van de doelstellingen van de VIPP-regelingen.

Vraag 205

Waarom komt de beleidsreactie op het evaluatieonderzoek met betrekking tot de inzet van BMH pas in 2022? Wanneer in 2022 komt deze reactie precies?

Antwoord:

De beleidsreactie met betrekking tot de evaluatie van het experiment met de Bachelor Medisch Hulpverlener (BMH) heeft uw Kamer op 25 februari jl. ontvangen (Kamerstuk 29 282, nr. 454). U heeft deze reactie pas in 2022 ontvangen omdat met betrekking tot de inzet van de Bachelor Medisch Hulpverlener (BMH) naar aanleiding van het experiment Art. 36a Wet BIG veel waarde is gehecht aan een zorgvuldig proces en veelvuldig contact is gezocht met betrokken stakeholders.

Vraag 206

Waarom is het voorkomen van het oneigenlijk gebruik en de aanpak van fraude zo laag? Zijn hier geen kosten aan verbonden?

Antwoord:

Deze kosten zijn onderdeel van de reguliere begrotingen van bijvoorbeeld de NZa en de IGJ en zijn derhalve niet in tabel 10 van het jaarverslag zichtbaar.

Vraag 207

Zijn er zorgorganisaties die nog gebruik maken van de Coronabanen in de Zorg? Zo ja, hoeveel? Zo nee, waarom niet, gezien de huidige tekorten aan zorgpersoneel?

Antwoord:

Ik heb uw Kamer op 20 april 2022 (zie Kamerstukken 29 282 en 25 295, nr. 460) geïnformeerd over het besluit de verlenging van de subsidieregeling Coronabaten in de Zorg te hervatten. Uitgangspunt daarbij is dat Coronabaten subsidiabel zijn tot en met 30 juni 2022. Zorgaanbieders dienen subsidie voor Coronabaten aan te vragen en te verantwoorden op één moment na afloop van de subsidieperiode. Ik heb daarom op dit moment geen inzicht in hoeveel organisaties Coronabaten in 2022 inzetten.

Vraag 208

Waar wordt het vrijgevalen budget van 8,8 miljoen euro dat bestemd was voor Coronabaten in de Zorg aan besteed?

Antwoord:

De vrijgevalen middelen voor de subsidieregeling Coronabaten in de Zorg ad € 8,8 mln. zijn teruggevloeid naar de algemene middelen van de Rijkskas en komen daarmee ten gunste van het EMU-saldo.

Vraag 209

Kunt u een aantal voorbeelden geven van projecten die zijn ondersteund met de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg?

Antwoord:

Ziekenhuizen en klinieken kunnen een subsidieaanvraag voor de Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg (KiPZ) indienen op basis van een strategisch opleidingsplan (SOP). Omdat een SOP opgesteld is naar de behoeften van een ziekenhuis of kliniek, is de inzet van de KiPZ middelen zeer breed. Zo worden er bijvoorbeeld digitale leeromgevingen ontwikkeld, scholing rondom het gebruik van robotica georganiseerd, maar ook geïnvesteerd in een goed en veilig leerklimaat. Op de website van de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ) zijn vele verschillende voorbeelden te vinden in onder andere de KiPZ-monitoren⁴⁹

Vraag 210

Hoe is de verkeerde overboeking van 7,5 miljoen euro in het kader van korte scholingsactiviteiten opgelost? Wat zijn de consequenties van deze verkeerde overboeking?

Antwoord:

De middelen zijn in 2022 geboekt. De voor de gerealiseerde activiteiten verschuldigde subsidie is inmiddels ten laste van dit budget aan de subsidieaanvrager verstrekt. Er zijn dus geen gevolgen voor de scholingsactiviteiten.

Vraag 211

Waarom is er een daling van het aantal studenten van de opleidingen tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant?

Antwoord:

De jaarlijks bekostigde instroom in de opleidingen tot Physician assistant (PA) en Verpleegkundig Specialist (VS) aan de hogescholen is sinds enkele jaren vastgesteld op 700 plaatsen. Specifiek voor het collegejaar 2019–2020 is eenmalig de toegestane maximale instroom van de masteropleidingen PA en VS verhoogd met 90 extra opleidingsplaatsen (30 PA en 60 VS). Vanaf 2021 zijn de opleidingsplaatsen weer op het oorspronkelijk niveau van 700 vastgesteld.

⁴⁹ Zie: <https://nvz-ziekenhuizen.nl/kwaliteitsimpuls-personeel-ziekenhuizen-kipz>.

Omdat elke studie te maken heeft met tussentijdse uitval van studenten (tussentijds stoppen vanwege andere studie, ziekte of ander redenen) zijn de rendementscijfers lager dan de instroom. Uit de cijfers van de hogescholen blijkt dat het aantal studenten dat de opleiding tot PA dan wel VS afrondt gemiddeld rond de 85% ligt.

Vraag 212

Kan een toelichting worden gegeven op de overboeking van 3,5 miljoen euro naar het instrument bijdragen aan medeoverheden? Waarom is ervoor gekozen dit te doen?

Antwoord:

Het verschil tussen het bedrag in de vastgestelde begroting en de realisatie komt vooral door een latere administratieve verwerking van het beschikbare budget op het instrument bijdragen aan medeoverheden. Het Ministerie van VWS verstrekt bijzondere uitkeringen aan de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba voor onder andere de publieke gezondheidszorg, geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises, het Caribisch Sport- en Preventieakkoord en het Bestuursakkoord Huiselijk Geweld en Kindermishandeling. Daarnaast zijn er in 2021 bijzondere uitkeringen verstrekt voor extra activiteiten op jeugd, sociaal, mentaal welzijn, leefstijl en sport (corona steunpakketten).

Vraag 213

Kan van de afgelopen vijf jaar het percentage jongeren dat gebruik maakt van verlengde jeugdhulp tot 23 jaar met de Kamer worden gedeeld?

Antwoord:

In absolute aantallen maakten in 2016 11.500 jongeren gebruik van de verlengde jeugdhulp, in 2017: 13.035, in 2018: 12.985, in 2019: 12.980 en in 2020: 14.830. Dit is ruim 1% van het totaal aantal jongeren tussen 18 en 23 jaar in dezelfde periode.

Vraag 214

Zijn de wachtlijsten van de (gespecialiseerde) jeugdzorg reeds teruggedrongen naar aanleiding van de bestuurlijke afspraken en de incidentele middelen voor de jeugdzorg in 2021? Zo ja waaruit blijkt dit? Zo nee, op welke termijn merken de kinderen op de wachtlijst iets van dit geld?

Antwoord:

Het grootste deel van de middelen is naar de gemeenten gegaan via de Algemene Uitkering Gemeentefonds. Gemeenten hebben de middelen vooral ingezet om budgetplafonds in 2021 op te heffen of te verruimen. Een aantal gemeenten heeft de middelen ingezet voor andere maatregelen, bijv. een systeemaanpak of een zorgmakelaar die casusgericht inspringt.

Een deel van de middelen (€ 3,2 mln) is besteed aan een opdracht aan het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ). De aanpak van het OZJ bestaat uit:

- zicht krijgen op de omvang van de wachttijden door een analyse van het Berichtenverkeer;
- zicht krijgen op onderliggende factoren op regionaal niveau, om deze factoren regionaal aan te pakken en daar vervolgens in de praktijk van te leren;
- de inzichten in data en onderliggende factoren versterken elkaar (kwantitatief vs. kwalitatief).

Het OZJ ondersteunt momenteel twee pilotregio's en 9 leerexpeditie regio's. In deze 11 regio's hebben we achterliggende factoren geanalyse-

seerd. Aan de hand hiervan zoeken we naar en testen we universele en structurele oplossingen om het symptoom wachttijden aan te pakken. We ontwikkelen een werkpakket voor alle regio's. In de publicatie «Een functionele kijk op wachttijden»⁵⁰ wordt aangegeven aan welke universele oplossingen men nu al kan denken, bijvoorbeeld: in- door- en uitstroom, versterken gewone leven/inzet op preventie, inzetten op betere analyse, vroegsignalering, integrale aanpak (kijk breder dan het kind) Op deze manier kunnen de regio's zelf concreet de wachttijden aanpakken. We gaan dit jaar verder uitbreiden naar andere regio's.

De aanpak van wachttijden en wachtlijsten zet in op structurele oplossingen om de oorzaken ervan aan te pakken. Dat is een proces van de lange adem. Het is daarom te vroeg om te kunnen zeggen dat wachtlijsten al zijn gedaald.

Wel is in de regio Rijnmond al het nut gebleken van het diep in de cijfers duiken. Door een administratieve opschoning van het systeem blijken er om en nabij 140 minder wachtenden te zijn dan was voorzien.

Vraag 215

Hoeveel jeugdzorginstellingen verkeren in financiële problemen? Zijn er aanwijzingen voor aanstaande faillissementen?

Antwoord:

De Jeugddautoriteit heeft de taak om problemen met de continuïteit van jeugdhulp te signaleren en te helpen oplossen. Als er zodanige financiële problemen ontstaan dat de continuïteit van zorg op korte termijn in het geding kan komen, dan neemt de Jeugddautoriteit deze aanbieder in casuïstiek. De stappen hiervoor zijn uitgewerkt in het convenant «Bevorderen Continuïteit Jeugdhulp» (Kamerstuk 31 839, nr 802).

Uit de cijfers van DigiMV van 2020 blijkt dat circa 4600 aanbieders per jaar jeugdhulp aanbieden. Daarvan zijn alle aanbieders met een omzet van meer dan 2 mln. op jeugdhulp in beeld bij de Jeugddautoriteit (circa 250). In november 2021 heeft de Jeugddautoriteit een verdiepend onderzoek uitgevoerd naar de financiële positie van jeugdhulpaanbieders op basis van de jaarcijfers 2020 (zie Kamerstuk 31 839, nr 812). Op dat moment waren er 11 jeugdhulpaanbieders in casuïstiek. Op dit moment zijn er 13 aanbieders in casuïstiek. Bepaalde onderdelen van de jeugdhulp zijn financieel kwetsbaar; dit geldt vooral voor gespecialiseerde aanbieders, JeugdzorgPlus en de GI's. De jaarcijfers van 2021 zijn nog niet beschikbaar.

Vraag 216

Hoe vaak wordt er nog gebruik gemaakt van de isoleercel?

Antwoord:

In de periode juni 2020 tot mei 2021 zijn er 301 plaatsingen geweest in een isoleer-of separeerruimte.⁵¹ Dit is het laatst bekende cijfer. In de loop van dit jaar worden alle separeerruimten in de gesloten jeugdhulp gesloten.

Vraag 217

Hoe vaak wordt er een familiegroepsplan, zoals vastgelegd in de Jeugdwet, opgesteld?

⁵⁰ Een functionele kijk op wachttijden | Publicatie | voor Jeugd & Gezin (voordejeugdenhetgezin.nl).

⁵¹ Eindrapport-etappe-3-lk-laait-je-niet-alleen.pdf (jeugdzorgnederland.nl).

Antwoord:

De Jeugdwet biedt de mogelijkheid dat ouders en gezinnen samen met familie, vrienden en anderen uit hun omgeving een plan kunnen maken om een vraag of probleem aan te pakken. Het is echter niet bekend hoe vaak zij hiervan gebruik maken.

Vraag 218

Hoe lang zijn de wachtlijsten voor de (gespecialiseerde) jeugdzorg?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van jeugdhulp. Informatie over wachttijden wordt daarom niet landelijk bijgehouden. Het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) is in opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Ministerie van VWS bezig met het aanpakken van regionale wachttijden. Het verkrijgen van inzicht en overzicht gebeurt dus in eerste instantie regionaal, zodat gemeenten en regio's kunnen sturen. De regionale beelden bij elkaar, moet ook een landelijk beeld kunnen geven over hoe het met de wachttijden staat.

Vraag 219

Waarom heeft de regering ervoor gekozen om een extra bezuiniging van 511 miljoen euro op de jeugdzorg in te boeken bovenop de uitspraak van de Commissie van Wijzen, waar al een bezuiniging in zat?

Antwoord:

De uitgaven aan jeugdzorg zijn de afgelopen jaren fors gestegen. Waar de uitgaven in 2015 zo'n € 3,6 miljard bedroegen was dit in 2019 opgelopen tot € 5,5 miljard. Dit kan niet zo doorgaan. Het kabinet kiest ervoor de uitdagingen die er in de jeugdzorg zijn stevig aan te pakken met hervormingen. Het moet anders om de jeugdzorg kwalitatief beter en financieel houdbaar te maken. Het gaat om een mix van maatregelen en middelen. Het Coalitie Akkoord stelt financiering voor jeugdzorg beschikbaar in lijn met de uitspraak van de Commissie van Wijzen. De Commissie van Wijzen gaf ook aan dat er, naast de maatregelen voorzien in de Hervormingsagenda, nog andere maatregelen mogelijk waren die opbrengsten zouden kunnen genereren, zoals normering van de behandelduur en -afhankelijk van politieke besluitvorming- eigen bijdragen.

Vraag 220

Is het aantal meldingen van huiselijk geweld en kindermishandeling toegenomen tijdens/na de lockdowns? Zo ja, hoeveel?

Antwoord:

Nee, het aantal meldingen van huiselijk geweld en kindermishandeling bij Veilig Thuis is licht afgenomen tijdens/na de lockdowns. Het aantal adviesvragen aan Veilig Thuis is de afgelopen jaren gestegen.

	Meldingen huiselijk Geweld en kindermishandeling	Adviezen huiselijk Geweld en kindermishandeling
2019	131.800	107.690
2020	127.410	122.045
2021	119.185	133.905

Vraag 221

Hoeveel vrouwen/meisjes zijn het afgelopen jaar het slachtoffer geworden van genitale verminking?

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 222

Zijn er nog wachtlijsten bij Veilig Thuis organisaties?

Antwoord:

De IGJ en IJenV hebben in een recent rapport⁵² de wachttijden en doorlooptijden bij de 26 Veilig Thuis (VT) -organisaties onderzocht. Van 24 van de 26 VT-organisaties zijn er cijfers bekend. Veilig Thuis moet wettelijk gezien binnen vijf dagen een melding beoordelen, elf VT-organisaties halen deze termijn. Voor het onderzoek staat een termijn van tien weken, geen enkele VT-organisatie haalt deze termijn. Momenteel wordt er gewerkt aan oplossingen op de lange en korte termijn, specifiek voor VT maar ook ketenbreed en landelijk. Voor de zomer wordt de Kamer daarover geïnformeerd.

Vraag 223

Wat zijn de totaaluitgaven aan jeugdzorg geweest en wat is de ontwikkeling daarvan in de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

De uitgaven aan jeugdzorg verlopen grotendeels via de gemeenten.

Doordat het budget voor jeugdzorg onder de beleids- en bestedingsvrijheid van gemeenten valt, hoeven gemeenten hun uitgaven niet aan het Rijk te verantwoorden. Daardoor is bij het Rijk niet precies bekend wat de uitgaven van gemeenten aan de jeugdzorg zijn. Wel dienen gemeenten hun begroting- en rekeningcijfers in het lv3-systeem aan te leveren bij het CBS, maar daar vallen de uitgaven aan jeugdzorg niet volledig in af te bakenen.

Voor de uitgaven van gemeenten is in de beantwoording van de schriftelijke Kamervragen bij de begroting 2022 van VWS een overzicht verstrekt (vraag 272). Het overzicht hieronder is daarop gebaseerd met de meest recente cijfers van het CBS. Daarnaast zijn er ook nog uitgaven aan de regionale expertisecentra (€ 26 mln) die via de VWS-begroting aan gemeenten worden uitgekeerd.

Vanwege de decentralisaties zijn per 2015 de lv3-functies voor het sociaal domein gewijzigd. Een aantal nieuwe lv3-functies betreft zowel de Wmo als Jeugd. Daarom is in de tabel vanaf 2015 een bedrag «onverdeeld Jeugd en Wmo» opgenomen. Om beter aan te sluiten bij de gemeentelijke praktijk zijn per 2017 de lv3-functies vervangen door lv3-taakvelden. Door de overgang naar taakvelden vertegenwoordigen de bedragen niet meer hetzelfde als tot en met 2016. Ook wordt in tegenstelling tot en met 2016 de gemeentelijke overhead niet meer door de individuele gemeenten zelf opgesplitst en toegerekend aan de verschillende lv3-functies, maar in zijn geheel door de gemeenten op een afzonderlijk taakveld voor de totale overhead geboekt. Hieronder volgt een overzicht van de uitgaven aan Jeugd en gecombineerd Wmo en Jeugd (onverdeeld Wmo en jeugd). De cijfers voor 2021 komen eind juli beschikbaar.

⁵² Bijlage bij Kamerstuk 31 839, nr. 853.

2015	€ 2.963 miljoen (Jeugd) en € 3.783 miljoen (onverdeeld Jeugd en Wmo)
2016	€ 3.126 miljoen (Jeugd) en € 3.577 miljoen (onverdeeld Jeugd en Wmo)
2017	€ 3.838 miljoen (Jeugd) en € 2.654 miljoen (onverdeeld Jeugd en Wmo)
2018	€ 4.313 miljoen (Jeugd) en € 2.773 miljoen (onverdeeld Jeugd en Wmo)
2019	€ 4.732 miljoen (Jeugd) en € 2.884 miljoen (onverdeeld Jeugd en Wmo)
2020	€ 5.027 miljoen (Jeugd) en € 2.888 miljoen (onverdeeld Jeugd en Wmo)

Tabel 1. Bron: CBS, geraadpleegd op 30-5-2022, op basis van gemeentelijke rekeningcijfers lv3 (lv3: Informatie voor derden). Vanaf 2017 bestaat Jeugd uit de taakvelden «Maatwerkdienstverlening 18-» en «Geëscaleerde zorg 18-». Onverdeeld Wmo en Jeugd bestaat vanaf 2017 uit de CBS categorie «Algemene voorzieningen incl. wijkteams».

Voor de jaren 2015–2019 heeft AEF onderzoek uitgevoerd naar de uitgaven⁵³.

De uitgaven voor die periode zijn volgens AEF:

2015	2016	2017	2018	2019
3,6 mld	3,8 mld	4,4–4,7 mld	4,9–5,2 mld	5,4–5,6 mld

Deze cijfers wijken om meerdere redenen af van de cijfers in tabel 1, onder andere omdat de realisatiecijfers in tabel 1 inclusief de uitgaven zijn die gemeenten hebben gerealiseerd voor taken op jeugd die zij voor 2015 ook al uitvoerden (AEF bracht alleen meerkosten in kaart), en omdat de realisatiecijfers in tabel 1 ook uitgaven aan Wmo bevat (AEF heeft hiervoor een uitvraag gedaan).

Voor de jaren 2020 en 2021 zal opnieuw onderzoek worden uitgezet. Het beter in kaart brengen van onder andere uitgaven aan jeugdzorg met een bijbehorende monitoringsstructuur is onderdeel van de uitwerking van de Hervormingagenda Jeugdzorg. Naar verwachting zal hier in het najaar van 2022 besluitvorming over plaatsvinden.

Vraag 224

Wat is de ontwikkeling van het aantal pleeggezinnen in de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Jeugdzorg Nederland publiceert elk jaar via een factsheet pleegzorg feiten en cijfers over pleegzorg. De factsheet over 2021 zal binnenkort gepubliceerd worden. De meest recente cijfers zijn de cijfers uit 2020. Het aantal pleeggezinnen heeft zich tot 2020 als volgt ontwikkeld:

- 2020: 17.312 pleeggezinnen
- 2019: 16.717 pleeggezinnen
- 2018: 16.534 pleeggezinnen
- 2017: 16.655 pleeggezinnen
- 2016: 16.647 pleeggezinnen

Vraag 225

Hoeveel verwacht u uit te geven aan de tegemoetkomingsregeling slachtoffers jeugdhulp, naar aanleiding van de maatregelen uit het rapport van cie. de Winter? Hoeveel is er al uitgegeven? Hoeveel wordt er gereserveerd hiervoor? Hoeveel aanvragen zijn al toegekend? Hoeveel worden nog beoordeeld? Is er inmiddels geen wachttijd meer in de behandeling van de aanvraag?

⁵³ Bijlage bij Kamerstuk 31 839, nr. 760.

Antwoord:

Van 1 januari 2021 tot en met 27 mei 2022 zijn er 11.622 aanvragen ingediend. Het Schadefonds Geweldsmisdrijven voert deze regeling uit, en heeft in 6.330 aanvragen een beslissing genomen. Sinds de start van de regeling hebben 5.296 aanvragers (84%) een tegemoetkoming gekregen. In 5.292 zaken moet het Schadefonds nog een beslissing nemen.

De hoeveelheid aanvragen voor deze regeling is veel groter dan verwacht. Ook dit jaar zien we dat de aantallen hoog blijven. Sinds maart 2022 is het aantal aanvragen gestegen tot gemiddeld ruim 1.000 per maand. Dat betekent dat de kosten tot nu toe hoger zijn dan verwacht. Er is tot en met april 26,5 miljoen euro uitgegeven aan de tegemoetkomingen. Het Schadefonds heeft de capaciteit voor de uitvoering van de regeling in 2021 in een aantal stappen flink uitgebreid. Gezien het hoge aantal aanvragen in de eerste maanden van dit jaar werkt het Schadefonds aan een verdubbeling van het aantal medewerkers om alle aanvragen tijdig te kunnen afhandelen. De huidige beslistermijn is 26 weken. Overgrote meerderheid van de behandelingen valt binnen de beslistermijn.

We verwachten dat het aantal aanvragen hoog blijft. In de Voorjaarsnota is hier extra budget voor vrijgemaakt.

Vraag 226

Hoeveel gemeenten hebben nog geen lokaal sportakkoord?

Antwoord:

Op peildatum 8 november 2020 zijn er 8 gemeenten die (nog) niet deelnemen. Deze cijfers zijn te vinden op www.sportenbewegenincijfers.nl.

Vraag 227

Welke gemeenten werken nog niet mee in een lokaal sportakkoord en waarom niet?

Antwoord:

Op peildatum 8 november 2020 zijn dit Lopik, Bergen op Zoom, Sint Michielsgestel, Vught, Boxtel, Oirschot, Brunssum, Haaren. De redenen om hier niet aan deel te nemen zijn divers en hebben onder andere te maken met het maken van andere inhoudelijke beleidskeuzes of gemeentelijke herindeling.

Vraag 228

Hoeveel onbewaakte zwemwateren zijn er in Nederland?

Antwoord:

In Nederland is het overal toegestaan om te zwemmen, tenzij dit expliciet wordt verboden (zoals dat bij vaarwegen het geval is). In Nederland zijn 235 zwemlocaties in Rijkswateren aangewezen, waar tijdens het zwemseizoen (mei-oktober) de waterkwaliteit en fysieke veiligheid in de gaten worden gehouden.

Vraag 229

Hoeveel geld gaat er vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar zwemveiligheid?

Antwoord:

In 2021 is vanuit het Ministerie van VWS een subsidie verleend van in totaal € 1,45 miljoen aan de Nationale Raad Zwemveiligheid voor de

periode 2021–2024. Dit wordt ingezet voor het Nationaal Plan Zwemveiligheid (€ 1,2 miljoen) en Het Strand Veilig (€ 250.000,-).

Vraag 230

Waar wordt het bedrag van 13,3 miljoen euro, die niet tot besteding is gekomen vanuit de tegemoetkoming COVID-19, aan besteed?

Antwoord:

Het bedrag van € 13,1 miljoen, dat niet tot besteding is gekomen vanuit de tegemoetkoming COVID-19, vloeit terug naar de schatkist. De lagere uitgaven komen voort uit de tegemoetkoming verhuurders sportaccommodaties (TVS) en de Specifieke uitkering ijsbanen en zwembaden (SPUKIJZ). De onderuitputting van € 13,1 miljoen is ontstaan doordat het beschikbare budget ruim voldoende was om de aanvragen (met betrekking tot een tegemoetkoming inzake kwijtschelding van huur en/of de exploitatietekorten over 2020 van zwembaden en ijsbanen in gemeentelijk beheer) te dekken.

Vraag 231

Hoe wordt het subsidiëren van de arbeidsvoorwaarden of arbeidsomstandigheden uit de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zo spoedig mogelijk teruggebracht tot nul, zowel voor de cure als voor de care?

Antwoord:

«De subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (hierna: bonusregeling), de subsidieregeling Coronabanen in de Zorg (hierna: COZO-regeling) en de subsidieregeling Opschaling curatieve zorg COVID-19 (regeling IC-opschaling) zijn crisisregelingen die door VWS in COVID-tijd zijn ingericht om de zorgen de mensen die in de zorg werken, tijdens de pandemie te ondersteunen. Kenmerk van een crisismaatregel is dat deze een tijdelijk karakter heeft. De verlenings- en uitvoeringsfasen voor de bonusregeling zijn reeds afgerond, de COZO-regeling kent een looptijd tot en met 30 juni 2022 en wordt niet verlengd. De subsidieperiode van de regeling IC-opschaling loopt tot en met 31 december 2022. De komende periode is de uitvoerder van de regelingen, de Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (hierna: DUS-i) nog bezig met de afhandeling van de verantwoording van de subsidies verleend op grond van deze regelingen. De verantwoordingsfase zal naar verwachting eind 2023 begin 2024 worden afgerond.

Vraag 232

Welke belangrijke procesmatige verbeteringen zijn er binnen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport doorgevoerd naast die van benodigde aandacht voor misbruik en oneigenlijk gebruik?

Antwoord:

Het programma «Structurele borging financieel beheer» zal in de komende periode toezien op het versterken van de organisatie, de processen en het gedrag met betrekking tot het financieel beheer. In het geval van het materieel beheer is er een aanwijzing gemaakt en deze aanwijzing wordt in de komende maanden vertaald naar procedures en afspraken ter versterking van de centrale regie op voorraden die met name in de Corona crisis zijn ontstaan. Zie ook het antwoord op vraag 42. Eenzelfde aanpak geldt voor het misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O-beleid), ook daarvoor geldt dat de rijksbrede aanwijzing in de komende maanden vertaald wordt naar de VWS-organisatie. Het gaat in dat geval meer om een herijking van een bestaande activiteit dan om een heel nieuwe activiteit zoals het materieel beheer.

Vraag 233

Met welke budgettaire veranderingen kan de Kamer rekening houden bij het verlengen van regelingen? Is hier rekening mee gehouden bij de begrotingen voor 2022?

Antwoord:

In september 2020 is de administratieve organisatie (AO) staatssteun van VWS geactualiseerd en daarnaar wordt sindsdien gehandeld. Een en ander betekent dat reeds vanaf 2018 alle nieuwe subsidieregelingen en wijzigingen of herzieningen ervan en alle instellingssubsidies en project-subsidies standaard op staatssteun worden getoetst. Voor subsidieregelingen die voor het verbetertraject in 2017 al in werking waren en nog niet (volledig) waren getoetst, is besloten deze – onder andere om rechtszekerheidsredenen – pas volledig te toetsen en zo nodig te wijzigen bij een verlenging of herziening van deze regelingen. Vanzelfsprekend is daarbij wel per regeling beoordeeld of ongewijzigde instandhouding van deze regelingen juridische risico's had. Daarvan was geen sprake.

De praktijk om nieuwe subsidieregelingen voor publicatie op staatssteun te toetsen houdt VWS in stand. De Rekenkamer merkt tevens ook op dat het Ministerie van VWS alle nieuwe subsidieregelingen op staatssteun heeft getoetst. Ik wil hierbij wel opmerken dat ondanks dat het Ministerie van VWS de staatssteuntoetsing zo goed mogelijk uitvoert, het kan voorkomen dat niet in alle gevallen kan worden gegarandeerd dat het risico op ongeoorloofde staatssteun nihil is. Het is vervolgens de vraag hoe dergelijke retrisico's te wegen en op welke wijze daarover verslag te doen in de bedrijfsvoeringsparagraaf in het jaarverslag.

Vraag 234

Welke maatregelen heeft u genomen om het tijdig informeren van het parlement verbeterd te krijgen ten opzichte van 2020?

Antwoord:

Er is een richtlijn opgesteld waar inzichtelijk is gemaakt hoe moet worden omgegaan met nieuw beleid. Bij nieuw beleid geldt dat het parlement voortijdig moet worden geïnformeerd, anders is er sprake van een onrechtmatigheid. In de richtlijn is het verschil tussen staand en nieuw beleid geduid en is nadrukkelijk aangegeven geen verplichting aan te gaan bij nieuw beleid voordat het parlement is geïnformeerd. Deze richtlijn is door de directie Financieel-Economische Zaken opgesteld en gedeeld met de financieel adviseurs binnen het gehele departement. De richtlijn is ook toegelicht en wordt regelmatig onder de aandacht gebracht om te voorkomen dat het parlement niet volledig wordt geïnformeerd. Daarnaast zijn, om uitvoering te geven aan de opgestelde richtlijn, in 2021 meerdere incidentele suppletoire begrotingen opgesteld om het parlement tijdig te informeren over nieuw beleid.

Vraag 235

Klopt het dat facturen (zoals van testaanbieders) nog steeds handmatig worden gecontroleerd? Wanneer heeft uw ministerie hiervoor een digitaal systeem?

Antwoord:

Nee dit klopt niet, alle leveranciers worden verplicht om een e-factuur in te dienen bij het Ministerie van VWS. Vervolgens worden de facturen automatisch ingelezen, waarop diverse (systeem)controles uitgevoerd worden zoals bijvoorbeeld op volledige adressering, KVK nummer en financiële referentie, die met de leverancier zijn afgesproken. Hierna wordt de factuur via een geautomatiseerde workflow voor prestatieverklaring

aangeboden. Vervolgens dient er wel een akkoord door een betrokkene te worden gegeven. Na akkoordverklaring wordt de factuur betaald.

Vraag 236

Waardoor kon het CIBG onrechtmatig medicinale cannabis inkopen? Was dit alles voor Nederland bestemd of wordt er ook geëxporteerd? Naar welke landen wordt er geëxporteerd?

Antwoord:

Het Bureau voor Medicinale Cannabis (hierna: BMC) – onderdeel van het CIBG – heeft als nationaal regeringsbureau op grond van de Opiumwet het alleenrecht op onder meer de inkoop en verkoop van medicinale cannabis. Gelet op de vraag om medicinale cannabis en het drempelbedrag voor Europese aanbestedingen moet de teler van de medicinale cannabis via een Europese aanbestedingsprocedure gecontracteerd worden. In 2018 is daarom een Europese aanbestedingsprocedure uitgezet. Op basis van vragen die reeds in een vroeg stadium zijn gesteld over de proportionaliteit van deze aanbesteding, kwam BMC tot de conclusie dat de aanbesteding niet kon worden voortgezet. Door deze vertraging kon de nieuwe raamovereenkomst voor de teelt van medicinale cannabis niet op tijd ingaan en is voor de overbruggingsperiode een overbruggingsovereenkomst met de huidige teler afgesloten. Naar verwachting is de Europese aanbestedingsprocedure in maart 2023 afgerond. Er zal dan ook geen sprake meer zijn van onrechtmatigheid.

De door BMC gecontracteerde teler kan enkel die hoeveelheden telen die door het BMC worden besteld. Het BMC bestelt hoeveelheden voor levering binnen Nederland alsook voor de export. Er wordt op regelmatige basis geëxporteerd naar Duitsland, Italië, Denemarken, Noorwegen, Zweden, Finland, Verenigd Koninkrijk, Israël. Voor onderzoeksdoeleinden zal dit jaar geleverd worden aan Frankrijk en Canada.

Vraag 237

Waarom is er nog geen besluit genomen over een interdepartementaal MenO-register?

Antwoord:

In de bedrijfsvoering paragraaf uit het jaarverslag van 2020 en 2021 is af te leiden, dat er discussie is ontstaan over de wettelijke basis voor uitwisseling van persoonsgegevens. De zoektocht naar versteviging van de rechtsbasis voor de uitwisseling van persoonsgegevens is nog niet ten einde. Nut en noodzaak van het register moet worden aangetoond door onderbouwing van het (eventuele) MenO-probleem met subsidies, volgens onder meer de Autoriteit Persoonsgegevens. De onderbouwing heeft tot nu toe nog niet geleid tot een interdepartementaal MenO register.

Vraag 238

Kunt u aangeven wat er in de problematiek precies complexer was dan van tevoren werd gedacht inzake het financieel beheer? Hoeveel vertraging heeft dit uiteindelijk opgeleverd bij het redresseren in zichtbaar verbeterde resultaten?

Antwoord:

Allereerst wil ik benadrukken dat we de ernstige onvolkomenheid omtrent het financieel beheer niet in een jaar hadden kunnen oplossen. In 2021 is een belangrijke eerste stap gezet met het programma verbetering financieel beheer vanaf het moment dat het verbeterplan gereed was en de organisatie hiervan ingericht. Er is een aantal richtlijnen opgesteld, waarvan het tijdig informeren van het parlement, een document om

controles adequaat uit te voeren, er is een analyse uitgevoerd op de grootste aangegane verplichtingen en er is een voorzet gemaakt voor het materieel beheer. Vanuit die richtlijnen en opgedane kennis in het afgelopen jaar bij de concrete voorbeelden is in opzet en bestaan een belangrijke eerste stap gezet om het financieel beheer te verbeteren. De vervolgstap, alle stappen in uitvoering hebben conform de richtlijnen en voorschriften, moet zich nog vertalen in zichtbare resultaten (minder onrechtmatigheid).

Evident maakte het voortduren van de coronacrisis en het al dan niet verlengen van een aantal kwetsbare overeenkomsten het lastig om problematiek volledig op te lossen. Denk daarbij aan de onrechtmatige verlenging van de overeenkomst met de GGD GHOR, een belangrijke partner in de beheersing van het coronavirus. Een tweede belangrijke factor is het niet op orde hebben van alle dossiers, waardoor de controle niet adequaat kon worden uitgevoerd. Een derde knelpunt is het juist kunnen vaststellen van een prestatie. Als uit een overeenkomst onvoldoende objectief kan worden vastgesteld of een prestatie ook daadwerkelijk is geleverd volgens de gestelde voorwaarde, dan leidt dit tot problemen bij de verantwoording. Dit is na het afsluiten van een overeenkomst niet meer te herstellen.

Vraag 239

Waarom wordt überhaupt overwogen dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zelfstandig een applicatie in de markt koopt met betrekking tot ICT-inkoopapplicatie, in plaats van aan te sluiten bij andere departementen? Waarom heeft uw ministerie hierin beleidsvrijheid en wordt dit niet bepaald door het Ministerie van Financiën?

Antwoord:

Enkele jaren geleden is rijksbreed voor ICT ondersteuning op Inkoop de strategie van «managed diversity» afgesproken. Dit betekent dat er twee rijksbrede voorzieningen komen, een catalogusplatform en een portaal. Hiermee kunnen leveranciers op eenvoudige en gestandaardiseerde wijze inkoopberichten met alle ministeries uitwisselen. Elk ministerie is vervolgens zelf verantwoordelijk om een aansluiting te realiseren op deze twee rijksbrede centrale voorzieningen.

Vraag 240

Waarom is er in 2021 (gezien de ervaring van 2020) nog steeds gewerkt met veel verschillende logistieke partijen?

Antwoord:

Sinds 2020 is het Ministerie van VWS verantwoordelijk voor het beheer van een groot aantal ingekochte goederen, denk aan de beschermingsmiddelen, beademingsapparatuur, vaccins, (zelf)testen. Het voorraadbeheer of materieel beheer van het ministerie moest daarom opnieuw worden vormgeven. Gezien de gewenste snelheid van inkoop en leveringen van voorraden en de variatie in de te beheren goederen is er destijds gekozen om dit decentraal te regelen met verschillende dienstverlenende logistieke partijen. Aangezien het beheer door deze partijen adequaat is uitgevoerd, is besloten de situatie voor 2021 te handhaven. In 2022 wordt het centrale beheer op de voorraden verder versterkt doormiddel van ministerie brede richtlijnen, afspraken en procedures.

Vraag 241

Heeft u enig idee wat kan verklaren dat de acties om knelpunten in het betaalgedrag bij het RIVM op te lossen niet geleid hebben tot het gewenste percentage binnen de norm voor 2021? En waarom verwacht u dat dit wel voor 2022 binnen de norm zal vallen?

Antwoord:

Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het «mammoettanker-effect», waarbij de ondernomen acties pas later in het 12maands/voortschrijdend gemiddelde kengetal zichtbaar worden.

Er zijn diverse gesprekken geweest tussen het Ministerie van VWS en het RIVM om het betaalgedrag te verbeteren en er is vertrouwen dat deze in 2022 zichtbaar zal zijn. Dit wordt periodiek gemonitord.

Vraag 242

Wanneer worden begrotingsstanden volledig geautomatiseerd gekoppeld?

Antwoord:

De begrotingsstanden zijn gekoppeld via het Interdepartementaal Budgettair Overleg Systeem (IBOS). Dit verzorgt de elektronische informatieverstrekking tussen de departementen en het Ministerie van Financiën.

Vraag 243

Wat was de procentuele groei van de zorguitgaven de afgelopen tien jaar en met hoeveel procent groeide het bruto binnenlands product (bbp) in dezelfde jaren? Kunt u dit uitdrukken in een tabel? Wat is het aandeel van de zorguitgaven als percentage van het bbp de afgelopen tien jaar? Kunt u dit uitdrukken in dezelfde tabel?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is de procentuele groei van de zorguitgaven en het bbp en de zorguitgaven als percentage van het bbp in de afgelopen tien jaar opgenomen.

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 voormalige Budgettair Kader Zorg, nu het Uitgavenplafond Zorg (UPZ). Dit betreft 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. Hiervoor is gecorrigeerd in onderstaande tabel. Ook zijn de jaren 2020 en 2021 bijzondere jaren, vanwege de gevolgen van de coronacrisis.

Nominale ontwikkeling zorguitgaven en BBP 2012–2021 (Bedragen x € 1 miljard)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ¹	2018 ¹	2019	2020	2021 ²
Netto zorguitgaven (€)	64,3	64,2	64,2	63,7	65,9	62,7	65,7	69,8	74,5	77,5
Groei van de netto zorguitgaven (€)	3,0	– 0,1	0,0	– 0,5	2,2	– 3,2	3,0	4,1	4,7	3,1
Groei van de netto zorguitgaven (%)	4,9%	– 0,1%	0,0%	– 0,7%	3,4%	– 4,9%	4,8%	6,3%	6,7%	4,1%
BBP (€)	653,0	660,5	671,6	690,0	708,3	738,1	774,0	813,1	800,1	859,1
Groei BBP (€)	2,6	7,5	11,1	18,4	18,3	29,8	35,9	39,1	– 13,0	59,0
Groei BBP (%)	0,4%	1,1%	1,7%	2,7%	2,7%	4,2%	4,9%	5,1%	– 1,6%	7,4%
Netto zorguitgaven / BBP (%)	10%	10%	10%	9%	9%	8%	8%	9%	9%	9%

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

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

Bron: VWS-cijfers en CPB, CEP maart 2022.

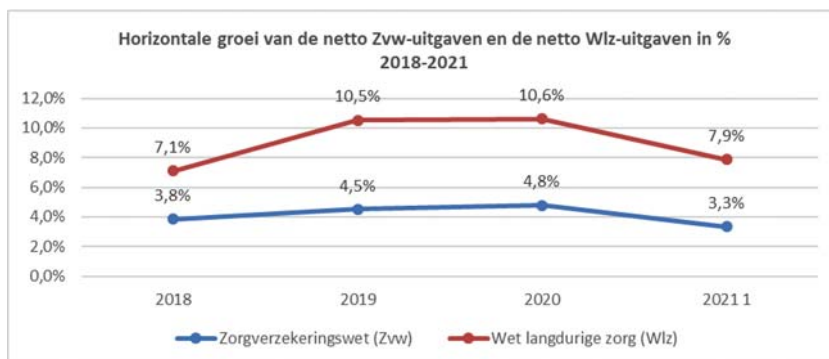
Vraag 244

Welke zorgsectoren groeien relatief het hardst qua kostenbeslag?

Antwoord:

De jaren 2020 en 2021 zijn beide bijzondere jaren, vanwege de gevolgen van het coronavirus voor zowel de Zvw als de Wlz. Voor recente jaren is het daarom moeilijker om conclusies te verbinden aan de groeicijfers van sectoren. Daarom wordt hier een iets langere tijdsreeks getoond.

In het algemeen heeft de Wlz sector een hoger groeipercentage gekend dan de Zvw de afgelopen jaren. Onderstaande figuur toont dit.



¹ Dit betreft de groei van de totale netto Zvw-uitgaven in 2021 gecorrigeerd voor de technische boekings van de schadelastdip ggz van – € 1,2 miljard.

Bron: VWS-cijfers en CPB CEP 2022

In de onderstaande tabel is de jaar-op-jaar groei van de Zvw- en Wlz-uitgaven voor een aantal sectoren opgenomen. Zoals eerder genoemd, zijn de jaren 2020 en 2021 vanwege de gevolgen van het coronavirus bijzondere jaren, waardoor het moeilijk conclusies te verbinden is aan de cijfers voor die jaren. Onderstaande tabel toont voor Zvw en Wlz de vier sectoren met het grootste kostenbeslag en waarvan de sector bij minstens drie van de vier jaren een groei kende.

De groei van de Zvw- en Wlz-uitgaven wordt veroorzaakt door loon- en prijsontwikkeling, volumegroei en beleid. In de langdurige zorg zijn de voornaamste beleidsmatige effecten, de implementatie van het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg in de periode 2018 t/m 2021 en de openstelling van de Wlz voor cliënten met een psychische stoornis per 2021 (de tabel hieronder toont voor dat jaar dan ook een sprong).

Nominale ontwikkeling in de vier grootste Zvw en Wlz sectoren (bedragen X 1 miljoen)

	2017	2018	2019	2020	2021
Zorgverzekeringswet (Zvw)					
Eerstelijnszorg	5.412	5.674	6.014	6.343	6.754
Nominale groei in %		4,8%	6,0%	5,5%	6,5%
Tweedelijnszorg	24.225	25.062	26.063	27.401	28.614
Nominale groei in %		3,5%	4,0%	5,1%	4,4%
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ¹	3.557	3.748	3.967	4.350	3.052
Nominale groei in %		5,4%	5,9%	9,7%	-29,8%
Apotheekzorg- en hulpmiddelen	6.004	6.114	6.416	6.615	6.535
Nominale groei in %		1,8%	4,9%	3,1%	-1,2%
Wet langdurige zorg (Wlz)					
Ouderenzorg	9.234,0	10.149,1	11.674,9	12.712,1	13.660,6
Nominale groei in %		9,9%	15,0%	8,9%	7,5%
Gehandicaptenzorg	6.474,1	6.818,7	7.166,7	7.498,7	7.776,9
Nominale groei in %		5,3%	5,1%	4,6%	3,7%
Langdurige ggz	511,7	447,4	597,8	622,3	1.603,2
Nominale groei in %		-12,6%	33,6%	4,1%	157,6%
Persoonsgebonden budgetten	1.753	1.919	2.087	2.298	2.632
Nominale groei in %		9,5%	8,8%	10,1%	14,6%

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

Bron: VWS-cijfers

Vraag 245

Wat zijn de geraamde opbrengsten en de zorgbaten als het gaat om levensverwachting, kwaliteit van leven en productiviteit? Hoe hebben deze zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord:

VWS raamt geen opbrengsten en zorgbaten omtrent levensverwachting, kwaliteit van leven en productiviteit.

De ontwikkeling van de levensverwachting van 1981 t/m 2020 is te lezen op pagina 48 van het jaarverslag. In het rapport «*Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen*» (Bijlage bij Kamerstuk) worden in verschillende scenario's de gevolgen van veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking voor opleiding, arbeid, zorg en wonen in 2050 geschetst. In de basis van deze scenario's zijn verschillende mogelijke ontwikkelingen van de (gezonde) levensverwachting opgenomen.

Het RIVM heeft in april 2020 een kwantitatief onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, over de maatschappelijke baten van gezondheidszorg. Dit rapport is te vinden op <https://www.rivm.nl/publicaties/gezondheidseffecten-en-maatschappelijke-baten-van-gezondheidszorg-kwantitatief>

Eén van de conclusies is dat gezondheidszorg economische baten oplevert, maar dat de zorguitgaven niet het investeringsmiddel zijn om deze baten te genereren. De meeste gezondheidsbaten treden namelijk op bij oudere mensen die al lang met pensioen zijn. Aan hun gezondheidswinst doet dat niets af, maar economische baten zijn er op hun leeftijd niet meer – vrijwilligerswerk en mantelzorg buiten beschouwing gelaten. De economische baten van gezondheid vindt het RIVM vooral terug in een betere productiviteit van werknemers. Volgens de RIVM-onderzoekers is gezondheid een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor een hogere productiviteit. Anders gezegd, duurzame inzetbaarheid vergt maatregelen in de werksituatie waarbij rekening wordt gehouden met de gezondheid van de werknemer.

Vraag 246

Waarom begint de y-as van Figuur 1 «Ontwikkeling van de gecorrigeerde netto zorguitgaven 2017–2021 (in miljarden euro's)» niet bij 0? Bent u bereid de y-as bij dit soort grafieken voortaan bij 0 te laten beginnen?

Antwoord:

Figuur 1 is een lijndiagram, waarin de verwachte ontwikkeling van de netto zorguitgaven wordt gepresenteerd voor de periode 2017–2021. De netto zorguitgaven in die periode zitten in een bandbreedte van tussen € 60 miljard en € 80 miljard. Vandaar dat er ook voor gekozen is om deze op de huidige manier te presenteren; het patroon van de stijging van 2017 naar 2021 is dan beter zichtbaar. Ik wil het aanpassen van de y-as als mogelijkheid open houden om beter zichtbaar te maken wat het patroon is.

Vraag 247

Hoe hebben de netto zorguitgaven zich sinds 2000 jaarlijks ontwikkeld? Kunt u in uw antwoord gebruikmaken van de RIVM-definitie van zorgkosten, dus exclusief welzijn, kinderopvang en de jeugdzorg?

Antwoord:

Er bestaan verschillende definities van zorguitgaven. U vraagt om een definitie van netto zorgkosten zonder welzijn, kinderopvang en jeugdzorg. Eén definitie die in het VWS-jaarverslag wordt gehanteerd zijn de «gecorrigeerde zorguitgaven» (zie bijvoorbeeld figuur 1 op p 178). Deze definitie komt overeen met de door u gevraagde definitie van netto zorgkosten. De onderstaande tabel toont de ontwikkeling van de gecorrigeerde zorguitgaven sinds 2000. De correcties betreffen de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg uit het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) in 2019 en statistische vertekeningen, zoals in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigings-systematiek in de ggz. Kinderopvang zit niet in de definitie van de zorguitgaven onder het UPZ, dus daarvoor hoefde niet gecorrigeerd te worden.

Ontwikkeling van de gecorrigeerde zorguitgaven en -ontvangsten 2000–2021 (bedragen x € 1 miljoen)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
brutozorguitgaven	34,6	38,4	43,1	43,7	44,9	46,5	48,3	51,0	55,5	59,3	62,5
Ontvangsten	2,6	2,6	2,4	2,4	2,2	3,8	3,8	3,7	3,0	3,0	3,0
Netto-zorguitgaven	32,0	35,8	40,7	41,3	42,7	42,7	44,5	47,3	52,6	56,3	59,4

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ¹	2018 ¹	2019	2020	2021 ²
brutozorguitgaven	64,5	67,9	68,8	69,3	68,9	71,0	67,7	70,6	74,8	79,6	82,6
Ontvangsten	3,2	3,6	4,6	5,1	5,1	5,1	5,0	5,0	5,0	5,1	5,1
Netto-zorguitgaven	61,3	64,3	64,2	64,2	63,7	65,9	62,7	65,7	69,8	74,5	77,5

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 voor de kabinetsperiode 2017–2021.

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

Bron: VWS-cijfers

Vraag 248

Hoe hebben de winsten en reserves van de zorgverzekeraars zich ontwikkeld de afgelopen kabinetsperiode?

Antwoord:

In onderstaande tabel geef ik een overzicht van de resultaten die zorgverzekeraars in de afgelopen jaren hebben behaald.

Tabel 1. Overzicht resultaten 2017–2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Resultaat in mln euro	8	486	612	758	819

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

Verzekeraars hebben nog nooit winst uitgekeerd. Positieve resultaten zijn ofwel teruggegeven via de premie ofwel toegevoegd aan de reserves om te blijven voldoen aan de wettelijke reserve-eisen voor (zorg)verzekeraars.

In onderstaande tabellen geef ik daarom een overzicht van de wijze waarop de reservepositie (solvabiliteit) van zorgverzekeraars zich heeft ontwikkeld (tabel 2) en de mate waarin positieve resultaten zijn teruggegeven in de premie gedurende de afgelopen jaren (tabel 3).

Tabel 2. Overzicht solvabiliteit 2017–2021

	2017	2018	2019	2020	2021	Aanwezige solvabiliteit 2021 (in mln euro)	Vereiste solvabiliteit 2021 (in mln euro)
Macro solvabiliteit	140%	145%	146%	148%	142%	9.780	6.874

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zde website.

Onderstaande tabel geeft aan wat zorgverzekeraars ten tijde van de premiestelling voor het volgend jaar hebben aangegeven aan reserves te zullen gaan inzetten om de premie te verlagen. Zo blijkt uit onderstaande dat zorgverzekeraars ten tijde van de premiestelling voor het jaar 2022 hebben aangegeven in totaal 993 mln euro van hun reserves in te zetten

om de premie van 2022 te verlagen. Hiermee worden positieve resultaten uit het verleden (waaronder coronajaar 2020) teruggegeven aan de premiebetaler.

Tabel 3. Overzicht inzet reserves zorgverzekeraars ter demping van de premie 2017–2021

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Inzet reserves in mln euro	1.506	648	321	262	479	993

Vraag 249

Kunt u de meevaller van 521,9 miljard euro op de thuiszorg (wijkverpleging/wijkzakenverzorging/casemanagement dementie) verklaren? Hoeveel zorgvragers hebben minder zorg gekregen dan geïndiceerd? Wordt de belofte uit 2013 en 2014 dat de mensen, die geen plek meer kregen in het verzorgingshuis, met thuiszorg (Zvw) en thuishulp (Wmo) thuis kunnen blijven wonen waargemaakt? Hoeveel verzorgingshuisplekken (zvp 1–4) waren er op 31 december 2012 en hoeveel waren er nog over op 31 december 2021?

Antwoord:

De onderschijding in de wijkverpleging betreft € 521,9 miljoen in plaats van € 521,9 miljard.

De onderschijding in 2021 is in lijn met de onderschijdingen in de afgelopen jaren. Er is een onderzoek door Equalis uitgevoerd, waarvan ik het resultaat aan uw Kamer heb gestuurd (Kamerstuk 23 235, nr. 210). Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin gezocht is naar verklaringen voor deze onderschijdingen, alsmede de vraag of de onderschijdingen gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van zorg. 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 de toenemende arbeidsmarktproblematiek de belangrijkste verklaringen vormen voor de onderschijding op het financieel kader wijkverpleging. Het onderzoek laat overigens ook zien dat cliënten nog steeds de zorg krijgen die zij nodig hebben, maar dat de druk op de wijkverpleging toeneemt. Door ziekteverzuim en personeelstekorten loopt de druk sindsdien op.

Het aantal verzorgingshuisplekken (plekken voor cliënten met een indicatie VV1–VV3) is tussen 2012 en 2021 met ongeveer 38.000 plekken afgenomen. Verzorgingshuisplekken worden in dit antwoord gedefinieerd als plekken waar zorg is geleverd aan cliënten met een zvp VV 1–3. Daarnaast zien we een afname van het aantal VV4- plekken. Het betreft een benadering op basis van productieafspraken en declaraties.

Benadering van het aantal intramurale plekken VV 1–4 in 2012 en 2021

	AWBZ 2012	Wlz 2021 ¹
Verzorgingshuisplekken (zvp VV 1–3)	38.700	800
Plekken zvp VV 4	24.200	18.900
Totaal aantal plekken zvp VV 1–4	62.900	19.700

¹ Voorlopig cijfer.

Bron: CBS: www.monitorlangdurigezorg.nl.

Het aantal plekken 2012 is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. Voor 2021 is het aantal plekken afgeleid van de omvang van de declaraties die zorgkantoren bij Vektis hebben aangeleverd voor deze zorg.

Vraag 250

Zou het langer thuis wonen niet moeten zorgen voor meer zorg thuis? Hoe verklaart u de meevaller op de noodzakelijke verpleging, verzorging en begeleiding?

Antwoord:

Bij het vaststellen van het financieel kader wijkverpleging wordt rekening gehouden met demografische factoren zoals de vergrijzing en het langer thuis wonen. In het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2018–2022 zijn met het oog daarop extra middelen beschikbaar gesteld met een jaarlijkse groei. Uit gegevens van Vektis blijkt echter dat het gemiddelde aantal uren geleverde wijkverpleging per cliënt daalt. Daardoor nemen de uitgaven over de jaren heen niet toe en neemt de onderschrijding ten opzichte van het beschikbare kader elk jaar toe. Zie ook het antwoord op vraag 249 waarin verwezen wordt naar het onderzoek door Equalis (Kamerstuk 23 235, nr. 210).

Vraag 251

Is het tekort aan wijkverpleegkundigen (mede) de oorzaak van de onderschrijding op de thuiszorg?

Antwoord:

Ook in de wijkverpleging is sprake van arbeidsmarkttekorten. De NZa-monitor contractering wijkverpleging 2022 (Kamerstuk 23 235, nr. 217) laat zien dat het percentage zorgaanbieders dat een cliëntenstop heeft afgegeven relatief onveranderd is. Oorzaken zijn onvoldoende personeel (23%) en/of het (bijna) bereiken van het omzetplafond (18%). De cliëntenstops vanwege het bereiken van het omzetplafond hebben meestal (79%) een langere looptijd (één maand of meer) dan cliëntenstops wegens onvoldoende personeel die meestal (70%) tot één maand duren.

Vraag 252

Waardoor kwam de lage inschatting van de instroom van mensen met een psychische stoornis en worden er nog extra kosten verwacht?

Antwoord:

In 2021 heeft Significant een evaluatie uitgevoerd naar de overgang van mensen met een psychische stoornis naar de Wlz. Deze is op 15 oktober 2021 aan u verstuurd⁵⁴. In de evaluatie hebben respondenten verschillende redenen genoemd die mogelijk ten grondslag liggen aan het feit dat de uiteindelijke instroom in de Wlz zo is afgeweken van de eerdere inschattingen. Significant schat in dat het een effect is van een samenspel van factoren waardoor de inschatting te laag bleek. Echter, de belangrijkste reden is dat vooraf is verondersteld dat vanuit de Wmo voornamelijk cliënten die in beschermd wonen waren opgenomen, in aanmerking zouden komen voor een Wlz-indicatie. Uiteindelijk bleek ook een belangrijk deel van de groep die extramuraal verbleef en ambulante zorg en ondersteuning vanuit de Wmo ontving te voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz. De groep kon vooraf niet goed in beeld worden gebracht, omdat partijen geen zicht hadden op deze cliënten en of zij al dan niet in aanmerking zouden komen voor de Wlz. Het huidige Wlz-kader is toereikend om de groei die de NZa in februari dit jaar heeft geraamd, op te vangen⁵⁵. De NZa zal in juli opnieuw adviseren over de toereikendheid van het Wlz-kader, waarbij er speciale aandacht zal zijn voor de ggz in de Wlz.

⁵⁴ Kamerstuk 35 146, nr. 20 en Kamerstukken 34 104 en 25 424, nr. 344.

⁵⁵ Bijlage bij Kamerstuk 34 104, nr. 352.

Vraag 253

Waardoor zijn er uiteindelijk minder (300 in plaats van 750) cliënten met een psychische stoornis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wlz overgegaan?

Antwoord:

Uit de meest recente monitor van het CBS⁵⁶ blijkt dat 560 cliënten met een psychische stoornis vanuit de Zvw zijn ingestroomd naar de Wlz. Hiervan hebben 230 zich aangemeld in 2020 en 330 in 2021. Dit betekent dat circa 200 cliënten minder zijn ingestroomd vanuit de Zvw dan verwacht. Het is niet bekend wat de reden is dat er minder mensen zijn overgegaan van de Zvw naar de Wlz.

Vraag 254

Waardoor is er een groot verschil tussen het begrote en de uiteindelijke stand van uitgaven aan langdurige ggz? Welke onvoorziene kosten hebben hiertoe geleid? Kunt u ook toelichten waarom dit geldt voor de ouderen- en gehandicaptenzorg?

Antwoord:

Het verschil tussen de begrote en gerealiseerde uitgaven aan de langdurige ggz wordt verklaard door de hogere instroom naar de Wlz. Bij het openstellen van de Wlz voor de ggz werden in 2020 circa 9.000 cliënten verwacht. Dit zijn in 2021 circa 22.000 cliënten geworden. De redenen voor deze inschatting zijn uiteengezet bij het antwoord op vraag 252.

Voor de ouderen- en gehandicaptensector zijn de kosten voor iedere sector circa

€ 100 miljoen hoger uitgevallen dan begroot. De voornaamste reden hiervoor is dat zich een sneller dan verwacht herstel heeft voorgedaan van de coronagolf rond de jaarwisseling 2020–2021.

Vraag 255

Kan worden uitgesplitst waar het bedrag van «overig curatieve zorg» 577 miljoen euro in 2021 (tabel 14) aan is uitgegeven?

Antwoord:

In onderstaande tabel is de uitsplitsing van de sector «overig curatieve zorg» opgenomen. Deze cijfers zijn gebaseerd op de gegevens die VWS van het Zorginstituut heeft ontvangen en die het Zorginstituut op zijn beurt baseert op periodieke rapportages van zorgverzekeraars (Q4 2021).

Bedragen x € 1 miljoen	2021
Eerstelijnsdiagnostiek aangevraagd door eerstelijnszorg-aanbieders geleverd door huisartsenlaboratoria	289
Overige geneeskundige zorg	85
Kosten extramuraal werkende specialisten	74
Trombosediensten	54
Beleidsregel innovatie	47
Gecombineerde leefstijl interventie	11
Anonieme E-mental Health (subsidie vanuit ZINL verstrekt)	3
Meerkosten Corona type 2 t/m 5	12
Netto continuïteitsbijdrage Corona (basisverzekering)	1
Totaal sector overig curatieve zorg	577

⁵⁶ Zie: Zorggebruikers met een Wlz-indicatie met grondslag «psychische stoornis» vanaf januari 2021, op peildatum 31 december 2021 | Maatwerk publicatie | Monitor Langdurige Zorg.

Vraag 256

Welke verklaringen zijn er voor de afname in de ontvangsten onder de Zvw in tabel 15?

Antwoord:

De ontvangsten uit de Zorgverzekeringswet zoals gerapporteerd in tabel 15 zijn de opbrengsten uit het verplichte eigen risico die worden meegenomen bij het bepalen van de vereveningsbijdrage aan verzekeraars. De tabel toont alleen de eigen risico-opbrengst over niet-coronazorg. De eigen risico-opbrengst over coronazorg wordt verrekend met de coronakosten en valt onder de catastrofereregeling.

Uit realisatiecijfers van het Zorginstituut blijkt dat de opbrengsten van het eigen risico, als gevolg van lagere niet-coronazorg in 2021, naar verwachting lager zullen uitvallen dan was verwacht bij het ramen van de vereveningsbijdrage en zoals in de begroting meegenomen. Deze lagere niet-coronazorg hangt samen met het uitvallen van reguliere zorg tijdens corona.

Omdat in 2021 een macronacalculatie geldt van 85% voor de eigen risico-opbrengst, komt 85% van de lagere eigen risico-opbrengst ten laste van het zorgverzekeringsfonds in plaats van verzekeraars. Dit leidt ertoe dat de voor 2021 gerapporteerde eigen risico-opbrengst lager is. In eerdere jaren geldt geen macronacalculatie waardoor eventuele mee- en tegenvallers in de eigen risico-opbrengst volledig voor rekening van de zorgverzekeraar zijn en niet worden verwerkt in de hier gerapporteerde opbrengsten van het eigen risico.