

Vergaderjaar 2023–2024

36 560 XVI

Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2023

Nr. 8

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 4 juni 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

over de brief van 15 mei 2024 inzake het Jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2023 (Kamerstuk 36 560 XVI, nr. 1).

De Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben deze vragen beantwoord bij brief van 4 juni 2024. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Vraag 1

Wat zijn de cijfers omtrent ondervoeding? Kunt u deze uitsplitsen naar ondervoeding bij patiënten in verpleeghuis, thuiszorg, zelfstandig wonende ouderen en ziekenhuizen?

Antwoord:

De geschatte prevalentiecijfers over ondervoeding zijn:

- Voor patiënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: 15–20% (Landelijke Prevalentiemeting Zorgkwaliteit, 2015);
- Voor patiënten in ziekenhuizen (ouderen): 38% bij opname op de afdeling geriatrie (Nederlandse Prevalentiemeting Ondervoeding in Ziekenhuizen, 2015);
- 65-plussers met thuiszorg: 16% (Nutrients 2023, 15, 3917);
- Thuiswonende 65-plussers: 8,5% (Nutrients 2023, 15, 3917);
- Thuiswonende 85-plussers: 19% (Nutrients 2023, 15, 3917).

Vraag 2

Wat zijn de jaarlijkse extra kosten voor de gezondheidszorg als gevolg van ondervoeding?

Antwoord:

De totale kosten van ondervoeding door ziekte in Nederland worden door onderzoeksbureau SEO geschat op bijna 1,8 miljard euro plus de niet-gekwantificeerde zorgkosten voor thuiswonende ouderen (SEO-rapport nr. 2014–11). Dit zijn cijfers op basis van tot nu toe gepubliceerd en openbaar onderzoek.

Vraag 3

Wat gebeurt er met vrijgevallen middelen?

Antwoord:

Een deel van de begrote middelen wordt niet gerealiseerd (onderuitputting). Deze meevallers worden gebruikt om tegenvallers op te vangen. Indien er meer meevallers zijn dan tegenvallers, dan vloeien de middelen terug naar de Staatskas. Dit kan ook leiden tot een lager EMU-saldo.

Vraag 4

Hoeveel ziekenhuizen telt Nederland, hoeveel ambulanceposten en hoeveel spoedeisende hulpposten 24/7 zijn er en hoe heeft dit zich ontwikkeld in de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

In onderstaande tabel treft u per jaar het aantal algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, buitenpoli's en kinderziekenhuizen over de afgelopen jaren. De jaren 2017 en 2020 ontbreken. In deze jaren heeft er geen telling plaatsgevonden. Het jaar 2024 ontbreekt, omdat daarover nog geen gegevens beschikbaar zijn. Vanaf 2016 worden de kinderziekenhuizen apart vermeld.

	Algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen	Buitenpoli's	Kinderziekenhuizen	Totaal
2010	126	11	83		220
2011	123	11	88		222
2012	121	11	97		229
2013	120	11	106		237
2014	120	11	111		242
2015	115	11	124		250
2016	108	8	144	5	265
2018	105	8	134	6	253
2019	101	8	129	7	245
2021	99	8	141	7	255

	Algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen	Buitenpoli's	Kinderzieken- huizen	Totaal
2022	98	8	145	7	258
2023	98	8	147	7	260

Toelichting: Dit overzicht per jaar is tot stand gekomen op basis van handmatige inventarisaties. De handmatige inventarisatie is gebaseerd op de websites van de ziekenhuizen. Buitenpoli's zijn vaak moeilijk terug te vinden op de websites, bijvoorbeeld als er voor maar 1 of 2 specialismen een spreekuur is. Niet altijd is duidelijk of dan gesproken kan worden over een buitenpolikliniek.

(Bron: <https://www.volksgezondheinzorg.info>, 27 mei 2024.)

In 2023 zijn er 226 ambulancestandplaatsen die 24/7-uurs paraatheid leveren. In de afgelopen jaren is het aantal ambulancestandplaatsen aan verandering onderhevig geweest. In 2015 waren er 205 ambulancestandplaatsen die 24/7-uurs paraatheid leveren. In de afgelopen jaren is dus in het algemeen een stijging in het aantal ambulancestandplaatsen met 24/7-uurs paraatheid zichtbaar.

	Standplaats 24/7-uurs paraat
2015	205
2016	205
2017	219
2018	213
2019	228
2020	225
2021	228
2022	225
Juni 2023	226

Toelichting: Een ambulancestandplaats is een locatie waarvandaan de ambulance vertrekt en waar voorzieningen zijn voor ambulancepersoneel en -materiaal. Er treden regelmatig veranderingen op in de locaties en het aantal standplaatsen en stationeringsplaatsen. Voor de bereikbaarheidsanalyses van het RIVM worden alléén standplaatsen geselecteerd met 24/7-uursparaatheid. In de praktijk zijn er ook ambulancestandplaatsen die alleen overdag, in de avond/nacht of tijdelijk operationeel zijn. (Bron: RIVM en Sectorkompas Ambulancezorg).

In april 2023 waren er 80 spoedeisende hulpposten in Nederland, die 24 uur per dag en 7 dagen per week geopend waren. In 2011 waren er 99 spoedeisende hulpposten, waarbij op basis van de beschikbare gegevens geen onderscheid kan worden gemaakt tussen 24/7- en dag/avond-openstelling. In 2015 waren er 91 spoedeisende hulpposten die 24/7 geopend waren. In 2018 waren er 86 spoedeisende hulpposten die 24/7 geopend waren. De meest recente analyse van het RIVM met daarin het aantal SEH-locaties is uit 2023.

Aantal spoedeisende Hulp locaties (SEH's) in Nederland 2003 t/m 2023

	Aantal SEHs 24/7-uurs openstelling	Totaal aantal SEH's (incl dag/avond)
2011	n/b	99
2015	91	95
2016	90	94
2017	89	94
2018	86	89
01-2019	84	87
Maart 2019	83	87
Maart 2020	80	83
Maart 2021	80	82

	Aantal SEHs 24/7-uurs openstelling	Totaal aantal SEH's (incl dag/avond)
Maart 2022	80	83
Maart 2023	80	83
Juni 2023	80	83

(Bron: RIVM)

Vraag 5

Hoeveel hospices zijn er en wat is de gemiddelde wachttijd?

Antwoord:

Uit nog lopend capaciteitsonderzoek in het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) blijkt dat er in Nederland momenteel circa 275 hospicevoorzieningen zijn.

De respons op het onderzoek bleef met 225 achter op de verwachting (m.n. de respons van palliatieve units). De respons kon worden onderverdeeld in 62 palliatieve units, 120 bijna-thuis-huizen en 43 (high-care) hospices. De 225 hospicevoorzieningen gaven aan in totaal 1.206 bedden te hebben: 206 in palliatieve units, 533 in bijna-thuis-huizen en 467 in (high-care) hospices.

Informatie over de gemiddelde wachttijd is niet beschikbaar. Per jaar overlijden ruim 14.000 mensen in een hospicevoorziening. De opnameduur in een hospice kan variëren van enkele dagen tot enkele maanden. Gemiddeld verblijven mensen drie weken in een hospice, waarbij in de praktijk wordt gezien dat er in toenemende mate gasten zijn die óf relatief kort óf relatief lang in het hospice verblijven. De gemiddelde bezettingsgraad in hospice voorzieningen is 74,8%. Door beter inzicht en goede regionale samenwerking kunnen eventuele regionaal optredende wachttijden worden opgelost. Hiertoe is binnen het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) eind 2023, samen met de hospicekoepels ActiZ, Associatie Hospicezorg Nederland en VPTZ Nederland, gestart met het project Versterken Hospicezorg. Het bovengenoemd capaciteitsonderzoek is een onderdeel hiervan. Doel van het project is het realiseren van voldoende beschikbare en kwalitatief goede hospicezorg, die aansluit bij de vraag. Dit project loopt tot eind 2024. Op basis van de resultaten wordt het vervolg bepaald.

Vraag 6

Hoe groot is het tekort aan tandartsen en wat is het percentage buitenlandse tandartsen?

Antwoord:

Uit deelrapport 3b van het Capaciteitsplan 2024–2027 van het Capaciteitsorgaan volgt dat er in bepaalde regio's in Nederland een tekort aan tandartsen is.¹ Op basis van microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is een beeld te schetsen van de regionale spreiding, uiteenlopend van 95 tandartsen per 100.000 inwoners in Noord Holland tot 39 en 34 per 100.000 inwoners in respectievelijk Zeeland en Flevoland. Los van de regionale tekorten aan tandartsen tekent zich in de breedte van de mondzorg een toenemende krapte op de arbeidsmarkt af. De vraag naar tandheelkunde zal naar verwachting stijgen vanwege epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Dit betreft onder andere toename van de tandheelkundige vraag onder jongeren en ouderen en toename van de behandelopties door digitalisering. Op dit moment staan grofweg 11.700 tandartsen ingeschreven in het BIG register. Daarvan is nu ruim een vijfde buitenlands gediplomeerde

¹ Deelrapport 3b Capaciteitsplan 2024–2027. Capaciteitsplan-2024–2027-Deelrapport-3b-Eerstelijns-Mondzorg-DEF-12-jan.pdf (capaciteitsorgaan.nl)

(ongeveer 2600). Uit deelrapport 3b van het Capaciteitsplan 2024–2027 blijkt dat van de in het BIG register ingeschreven tandartsen in 2022 ongeveer 10.240 werkzaam was. Ook was toen (in 2022) ongeveer een vijfde buitenlands gediplomeerde.²

Vraag 7

Welke ziekenhuisbestuurders hebben van u vrijstelling gekregen van de Wet normering topinkomens (WNT)-norm?

Antwoord:

In algemene zin is het niet toegestaan voor een topfunctionaris om boven het bezoldigingsmaximum te verdienen die op hem of haar van toepassing is. Topfunctionarissen mogen alleen boven de norm verdienen wanneer zij hiervoor toestemming hebben gekregen op grond van een gehonoreerd uitzonderingsverzoek.

De Tweede Kamer ontvangt elk jaar een overzicht van de aantallen ingediende en (niet-)gehonoreerde uitzonderingsverzoeken. Zie voor de laatste jaarrapportage over 2022 TK 2023–2024, 30 111, nr.130. Sinds de invoering van de wet zijn er 33 verzoeken op grond van artikel 2.4 WNT ingediend, waarvan 7 gehonoreerd. Daarnaast zijn er 26 verzoeken ingediend op grond van artikel 2.7 WNT, waarvan één gehonoreerd.

Vraag 8

Wat is het percentage specialisten dat in loondienst werkt? Neemt dit toe of af?

Antwoord:

Volgens actuele gegevens werken er van de 19.365 werkzame medisch specialisten (exclusief psychiaters) 11.475 (ca. 60%) in loondienst en 7.890 (ca. 40%) in vrij beroep.³ Het aantal medisch specialisten dat alleen in loondienst is, is sinds 2009 (38%) geleidelijk toegenomen tot 51% in 2022 (inclusief psychiaters).⁴ Het aantal medisch specialisten in loondienst met eventueel daarnaast een functie als zelfstandige is sinds 2009 (57%) enigszins toegenomen tot 62% in 2022.

Vraag 9

Hoeveel datalekken in de zorgsector zijn er gemeld? Hoeveel waren dat er in de vijf voorgaande jaren?

Antwoord:

Zorginstellingen zijn verplicht ernstige datalekken te melden bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). Uit de datalekkenrapportage van 2023 komt naar voren dat 8929 datalekken gemeld zijn in de sector gezondheidszorg⁵. In 5779 gevallen (65%) betrof dit een verkeerd verzonden brief. In de overige gevallen kan er onder andere sprake zijn van een verkeerd verzonden e-mail of een cyberincident waarbij gegevens gelekt zijn. Onderstaande tabel toont de meldingen uit de afgelopen zes jaren.

	Totaal aantal meldingen	Sector gezondheidszorg	% van totale aantal meldingen
2023	25.694	8.929	35%
2022	21.151	8.672	41%
2021	24.866	9.200	37%

² Deelrapport 3b Capaciteitsplan 2024–2027, pp. 23 en 32. Capaciteitsplan-2024–2027-Deelrapport-3b-Eerstelijns-Mondzorg-DEF-12-jan.pdf (capaciteitsorgaan.nl)

³ StatLine – Medisch geschoolden; specialisme, arbeidspositie, sector, leeftijd (cbs.nl)

⁴ Deelrapport 1 Capaciteitsplan 2024–2027 van het Capaciteitsorgaan.

⁵ AP Rapportage datalekken 2023.pdf

	Totaal aantal meldingen	Sector gezondheidszorg	% van totale aantal meldingen
2020	23.976	7.193	30%
2019	26.956	7.548	28%
2018	20.881	6.055	29%

Vraag 10

Hoe hebben de uitgaven aan intramurale en extramurale geneesmiddelen zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld en welk percentage betreft dit op het totale zorgbudget?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan de uitgaven van de extra- en intramurale geneesmiddelen van 2014 t/m 2023. De uitgaven van de extramurale geneesmiddelen zijn inclusief de terhandstellingskosten en daarmee gelijk aan de uitgaven Apotheekzorg, zoals opgenomen in het jaarverslag 2023. Intramurale geneesmiddelen worden op verschillende wijzen geregistreerd. De uitgaven aan relatief goedkope geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg worden niet apart bijgehouden, maar uitgaven aan intramurale dure en weesgeneesmiddelen wel. De raming voor intramurale geneesmiddelen zijn gebaseerd op ramingen van de verzekeraars waar eventuele kortingen, prijsarrangementen en BTW in zijn verwerkt. De verstrekte geneesmiddelen in de Wlz worden ook niet apart geregistreerd. Daar waar Wlz-clienten zorg met behandeling geleverd krijgen vanuit de Wlz maakt dit onderdeel van de integrale zorg vanuit de Wlz. Cliënten zonder behandeling krijgen geneesmiddelen vanuit de Zorgverzekeringswet.

Onderstaande tabel geeft de absolute bedragen en het aandeel van beide kosten (extra- en intramuraal) ten opzichte van de bruto zorguitgaven.

Uitgaven geneesmiddelen (in miljarden)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Extramurale geneesmiddelen	€ 4,3	€ 4,5	€ 4,5	€ 4,6	€ 4,6	€ 4,8	€ 5,0	€ 4,9	€ 5,2	€ 5,4
Intramurale geneesmiddelen	€ 1,7	€ 1,8	€ 1,9	€ 2,0	€ 2,2	€ 2,2	€ 2,3	€ 2,6	€ 2,5	€ 2,7
Totaal geneesmiddelen	€ 6,0	€ 6,3	€ 6,4	€ 6,6	€ 6,8	€ 7,1	€ 7,3	€ 7,5	€ 7,8	€ 8,1
Totale bruto zorguitgaven	€ 69,3	€ 68,9	€ 71,0	€ 72,8	€ 76,1	€ 74,8	€ 79,4	€ 81,4	€ 86,8	€ 93,3
Aandeel extramurale geneesmiddelen (in %)	6,2%	6,5%	6,4%	6,3%	6,1%	6,5%	6,2%	6,0%	6,0%	5,8%
Aandeel intramurale geneesmiddelen (in %)	2,4%	2,6%	2,6%	2,8%	2,9%	3,0%	2,9%	3,2%	2,9%	2,9%

Vraag 11

Hoeveel bedragen de onderschrijdingen op VWS-gebied de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de onderschrijding van het Uitgavenplafond Zorg van de afgelopen 10 jaar (2014–2023), zoals deze in het jaarverslag stond. De onderschrijdingen bij

het jaarverslag zijn de optelsom van de overschrijdingen van de voorjaarsnota, ontwerpbegroting, najaarsnota en het jaarverslag. Het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) wordt aan het begin van een nieuw kabinet voor de kabinetsperiode vastgesteld⁶. Het UPZ is gebaseerd op een zo goed mogelijke raming van de zorguitgaven van zorgkantoren en zorgverzekeraars. Hiervoor wordt o.a. gebruik gemaakt van de onafhankelijke (zorg)ramingen van het CPB, net zoals bij andere sectoren van de rijksoverheid. In de CPB-raming worden de overschrijdingen van de afgelopen jaren meegenomen.

Gedurende de kabinetsjaren kunnen er echter ontwikkelingen bij de zorguitgaven van zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn, waardoor de daadwerkelijke zorguitgaven afwijken van de raming. Dit gebeurt in de voorjaarsnota, ontwerpbegroting, najaarsnota en jaarverslag. Dit is hetzelfde proces als de uitgaven bij andere sectoren binnen de rijksoverheid. Hierdoor kunnen onder- of overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg ontstaan. De afgelopen tien jaar zijn overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg zichtbaar. De overschrijdingen van de afgelopen 10 jaar zijn gemiddeld € -1,5 miljard. Dat is ongeveer 1,6% van de totale bruto zorguitgaven 2023.

Overschrijdingen Uitgavenplafond Zorg 2014–2023 (Bedragen x 1 miljard)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Overschrijding¹	- 2	- 0,6	- 1,8	- 2,6	- 1,9	- 1,4	- 1,1	- 0,3	- 0,9	- 1,9

¹ Dit betreft het totaalbedrag aan overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg van de Voorjaarsnota, Ontwerpbegroting, Najaarsnota en het Jaarverslag bij elkaar opgeteld.

Bron: VWS-jaarverslagen 2014 t/m 2023

Vraag 12

Hoeveel mensen betalen de maximale eigen bijdrage van € 250 voor geneesmiddelen?

Antwoord:

Uit cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen blijkt dat in 2023 75.000 verzekerden de maximale eigen bijdrage van € 250 voor extra-murale geneesmiddelen betaalden. Dit is 3% van de 2,4 miljoen geneesmiddelengebruikers die een eigen bijdrage betaalden.

Vraag 13

Hoe groot was de onderbesteding op de wijkverpleging in 2023?

Antwoord:

De onderbesteding op het budgettaire kader wijkverpleging bedroeg in 2023 circa 763 mln. euro (zie jaarverslag, tabel 7).

Vraag 14

Kunt u in een tabel uitgeven hoe groot de onderbesteding op de wijkverpleging was in de jaren 2010 t/m 2023, zowel uitgedrukt in euro's als in het percentage van het totaal begrootte budget voor wijkverpleging?

Antwoord:

Per 1 januari 2015 is de financiering van de extramurale zorg en verpleging (wijkverpleging) overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de jaren dat de uitgaven wijkverpleging nog onder de AWBZ werden

⁶ 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).

gerekend, was er geen sprake van een afzonderlijk deelkader voor de wijkverpleging. In onderstaande tabel is daarom de onderbesteding op de wijkverpleging opgenomen, vanaf het jaar 2015, uitgedrukt in zowel euro's als in het percentage van het totaal begrote budget voor de wijkverpleging. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat de realisatiecijfers voor de Zvw-uitgaven, en daarmee dus ook de onderbesteding, pas in t+3 definitief zullen zijn.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Onderschrijding t.o.v. beschikbaar kader (mln. €)	55	195	128	233	497	400	725	1.174	763
Onderschrijding t.o.v. beschikbaar kader (%)	2	6	4	6	12	9	16	25	19

Vraag 15

Hoe groot is de onderbesteding op de wijkverpleging tot nu toe in 2024?

Antwoord:

Deze maand heeft het Ministerie van het Zorginstituut de eerste inschattingen ontvangen over de uitgaven 2024. Deze cijfers worden vanwege de onzekerheid normaliter niet verwerkt in begrotingsstukken, vanaf het tweede kwartaal worden de cijfers wel verwerkt. De eerste kwartaalcijfers van het Zorginstituut zijn gebaseerd op declaraties over het eerste kwartaal van 2024 en inschattingen van zorgverzekeraars van nog te ontvangen declaraties over geheel 2024. Op basis van deze zeer voorlopige cijfers wordt de onderbesteding over heel 2024 ingeschat op € 949 miljoen. Hierbij dient benadrukt te worden dat dit een inschatting betreft op basis van 15% van de te ontvangen declaraties over 2024.

Vraag 16

Als de onderbesteding in de wijkverpleging volledig zou worden ingezet voor salarisverhoging voor zorgverleners in de wijkverpleging, hoeveel zouden zij er dan procentueel en in euro's gemiddeld op vooruit gaan?

Antwoord:

De onderbesteding in de wijkverpleging bedroeg in 2023 circa € 763 miljoen. Een loonsverhoging kost structureel geld en zal dus structureel moeten worden gedekt. Wanneer er vanuit gegaan wordt dat de onderbesteding volledig en structureel ingezet zou kunnen worden voor een salarisverhoging in de wijkverpleging, dan zou daarmee het salaris in de wijkverpleging verhoogd kunnen worden met circa 28%. Hierbij is uitgegaan dat circa 85% van de uitgaven aan wijkverpleging (in 2023 circa 3,2 miljard euro) betrekking heeft op loonkosten. De totale beloning voor bijvoorbeeld verpleegkundigen in de wijkverpleging zou daarmee op jaarbasis met circa 9 duizend euro stijgen, gebaseerd op het gemiddelde jaarinkomen van verpleegkundigen in de thuiszorg.

Daarbij wil ik opmerken dat er geen aparte cao voor de wijkverpleging geldt, maar zij onderdeel uitmaken van de cao voor de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Sociale partners in de VVT zouden een aparte cao voor de wijkverpleging of aparte loonschalen voor de wijk moeten afspreken om alleen de salarissen in de wijkverpleging te kunnen verhogen. Tot slot wil ik opmerken dat het alsnog uitgeven van de onderbesteding wijkverpleging (bijvoorbeeld voor loonsverhoging) in beginsel leidt tot een premiestijging in de Zvw. De zorgverzekeraars gaan in de huidige premiestelling immers uit van de lagere uitgaven wijkverpleging.

Vraag 17

Hoe groot was de onderbesteding op alle zorgdomeinen waar sprake was van onderbesteding bij elkaar in 2023?

Antwoord:

Bij de beantwoording van deze vraag wordt voor het bepalen van de onderbesteding de stand jaarverslag 2023 van de bruto Zvw- en Wlz-uitgaven vergeleken met de stand ontwerpbegroting 2023. In 2023 waren er bij vier Zvw-sectoren onderschrijdingen: geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf, wijkverpleging en overig ziekenvervoer. De overige Zvw-sectoren en Wlz-sectoren kenden in 2023 overschrijdingen. In het VWS-jaarverslag 2023 is op pagina 188 in tabel 6 een overzicht opgenomen met de onder- en overbestedingen van de Zvw per sector in 2023 en op pagina 195 in tabel 9 een overzicht met de overbestedingen van de Wlz per sector in 2023. Uit deze tabellen blijkt dat bij de vier Zvw-sectoren geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf, wijkverpleging en overig ziekenvervoer sprake is van een onderschrijding van € 609 miljoen in totaal.

Vraag 18

Hoeveel geld is er in 2023 door uw ministerie uitgegeven aan externe inhuur?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft in 2023 in totaal € 214,9 miljoen uitgegeven aan externe inhuur, namelijk:

Bedragen x € 1.000	Kern	RIVM	CBG	CIBG	Totaal
Uitgaven externe inhuur	108.986	78.055	6.593	21.245	214.879

In het jaarverslag van VWS zijn de uitgaven aan externe inhuur nader gespecificeerd en toegelicht in bijlage 4: Inhuur externen.

Vraag 19

Waarom wordt ingezet op het afremmen van de zorgvraag en niet bijvoorbeeld op het afremmen van fraude en winstbejag?

Antwoord:

Naast de inzet op afremmen van de zorgvraag worden ook acties ondernomen die zijn gericht op het afremmen van fraude en het beperken van excessief winstbejag dat ten koste gaat van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Zo treedt per 1 januari 2025 de Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) in werking. De Wbsrz maakt het onder andere mogelijk dat ziektekostenverzekeraars en gemeenten elkaar kunnen waarschuwen voor bedrijven of personen ten aanzien van wie een gerechtvaardigde overtuiging van fraude in de zorg bestaat. Daardoor kunnen maatregelen worden getroffen om te voorkomen dat malafide aanbieders in een andere regio of ander domein opnieuw fraude plegen of hun fraude voortzetten.

Daarnaast is in de Verzamelwet gegevensverwerking VWS I een grondslag opgenomen voor gegevensuitwisseling tussen gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars bij fraudeonderzoek in de fase ná gegevensuitwisseling met het Informatieknoppunt Zorgfraude. Hierdoor zijn instanties in staat sneller maatregelen te treffen en daarmee fraude in de zorg af te remmen.

Voorts verstrekt de Minister van VWS subsidie voor de proeftuinen «aanpak zorgfraude». Hierin worden in de regio's Twente en Hart van Brabant onder meer werkwijzen ontwikkeld voor een betere selectie en

screening van zorgaanbieders in de Wmo, waaronder pgb-zorgaanbieders, voorafgaand aan en tijdens de contractperiode. In de screening wordt ook gewerkt met toepassing van de Wet Bevordering IntegriteitsBeoordelingen door het Openbaar Bestuur (Wet BIBOB) om te komen tot een structurele samenwerking met betrouwbare zorgaanbieders. De opgedane kennis en informatie van »best practices« wordt via de VNG gedeeld met alle gemeenten. En werkt de Minister van VWS naar aanleiding van de pilot «screening van nieuwe zorgaanbieders», uitgevoerd met de DSW, NZa, IGJ en CIBG, aan andere mogelijkheden om de screening aan de voorkant te verbeteren.

Ten slotte noem ik in dit kader het in voorbereiding zijnde Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) waarin onder andere de vergunning op grond van de Wet toelating zorgaanbieders verder wordt ingericht met extra weigerings- en intrekkinggronden.

Ten aanzien van het beperken van excessieve winstuitkeringen hebben zorginkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) een belangrijke rol. Via onder meer (prijs)afspraken in de contractering kunnen zij excessieve winsten bij zorgaanbieders voorkomen. Daarnaast zullen, naast het reeds geldende verbod op winstuitkering in zorgsectoren op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), in het genoemde wetsvoorstel Wibz ook basisvoorwaarden aan winstuitkering worden gesteld in die sectoren waar winstuitkering wel is toegestaan. Deze basisvoorwaarden zullen samenhangen met de kwaliteit van de geleverde zorg, de rechtmatigheid van declaraties, de continuïteit van zorgaanbieder en het voeren van een zorgvuldige en integere bedrijfsvoering. Dit wetsvoorstel ligt op dit moment voor advies bij de Afdeling advisering van de Raad van State.

Vraag 20

Kunnen er voorbeelden gegeven worden van niet-passende zorg en hoeveel geld hiermee gemoeid is?

Antwoord:

In het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) werken patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid samen aan de bewezen beste zorg voor de patiënt. Op de implementatie-agenda van ZE&GG⁷ staan verschillende «»Beter laten«» lijsten van verschillende beroepsverenigingen. Om een paar voorbeelden van niet-passende zorg te geven, op de «»Beter laten«» lijst van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) staat onder andere:

- Overbodige lagen achterwege laten bij patiënten met risico op decubitus
- Niet blaasspoelen om urineweginfectie te voorkomen
- Huidirritatie te voorkomen door minder vaak te wassen en te douchen

Hoeveel geld er met niet-passende zorg gemoeid is, is lastig exact aan te geven. Aan passende zorg als norm is een financiële doelstelling gekoppeld van – € 1,140 miljard per 2037. Dit bedrag is gebaseerd op een inschatting van adviesbureau Strategy in Regulated Markets (SiRM)⁸.

Vraag 21

Wat is de reden dat een eigen bijdrage voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), afhankelijk van inkomen en vermogen, wordt ingezet om de vraag naar huishoudelijke hulp af te remmen?

⁷ <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/aan-de-slag/implementatieagenda/>

⁸ Substantieel potentieel: Schatting van de potentiële opbrengst van substitutie van zorg en inventarisatie van de benodigde voorwaarden (SiRM, 2021)

Antwoord:

Dit is nodig om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van maatschappelijke ondersteuning beter te kunnen waarborgen voor burgers die voor zorg en ondersteuning zijn aangewezen op (gemeentelijke) voorzieningen. Op dit moment is voor diverse maatwerkvoorzieningen in het kader van de Wmo 2015, waaronder huishoudelijke hulp, het abonnementstarief van toepassing: dit is een vaste eigen bijdrage van € 20,60 per maand, die voor mensen met een laag inkomen en geen vermogen even hoog is als voor burgers met een hoog inkomen en/of groot vermogen. Voor de invoering van het abonnementstarief was de eigen bijdrage afhankelijk van de financiële draagkracht van de cliënt. Door de invoering van het abonnementstarief in 2019, is het beroep op de Wmo 2015 voor met name huishoudelijke hulp (gecorrigeerd voor demografische ontwikkelingen) sterk gestegen. Daarbij is de procentuele stijging onder mensen met een midden- of hoger inkomen het sterkst geweest. Hetzelfde geldt – zij het in mindere mate – ook voor het beroep op de Wmo 2015 voor hulpmiddelen en woningaanpassingen.

Deze ontwikkeling heeft geleid tot hogere kosten met lokale bezuinigingen binnen het sociaal domein tot gevolg en/of heeft op lokaal niveau een ongunstige invloed gehad op wachtlijsten. De toegankelijkheid en kwaliteit van maatschappelijke ondersteuning staat daardoor steeds meer onder druk. Juist burgers die – met hun naasten – niet zelf kunnen voorzien in de ondersteuning die zij nodig hebben, worden daardoor het hardst geraakt. De afschaffing van het abonnementstarief en de invoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) moet deze ontwikkeling grotendeels ongedaan maken en daarnaast het principe herstellen dat cliënten met een maatwerkvoorziening naar draagkracht een eigen bijdrage betalen voor de geleverde ondersteuning. Dit is des te meer nodig omdat lokale voorzieningen als gevolg van (in het bijzonder) de vergrijzing de komende jaren reeds steeds verder onder druk zullen komen te staan.

Vraag 22

Wat zijn de eerste ervaringen na het invoeren van de Nutri-score?

Antwoord:

Nutri-Score is per 1 januari 2024 het wettelijk toegestane voedselkeuzelogo in Nederland. Voor 1 januari werden pilots gedaan met Nutri-Score. Per 1 juli 2024 moeten alle verpakkingen aangepast zijn met het herziene algoritme. Het RIVM gaat de monitoring van Nutri-Score uitvoeren. De eerste resultaten verwachten wij eind 2025. Begin april van dit jaar is een publiekscampagne gestart waarin het gebruik van Nutri-Score wordt uitgelegd. De eerste uitkomsten van de evaluatie van deze campagne verwachten we eind juni.

Vraag 23

Wat is de stand van zaken van het haalbaarheidsonderzoek van een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en?

Antwoord:

De staatsecretaris van VWS verwacht de uitvoeringstoets en zijn reactie hierop in juni met uw Kamer te kunnen delen.

Vraag 24

Hoeveel Intensive Care (IC)-bedden zijn er nu operationeel en hoeveel waren dat er aan het begin van de coronacrisis en wat was de IC-bezetting op het hoogtepunt van de coronacrisis?

Antwoord:

Er is sprake van een operationele basiscapaciteit van ca. 985 bedden (bronnen: LCPS en IC-register NVIC). Ten opzichte van het begin van de coronacrisis geeft dit een stabiel beeld van de operationele IC-capaciteit, die natuurlijk fluctueert mede op basis van de zorgvraag. Tijdens de piek van de coronacrisis, in de eerste golf, lagen er op het hoogtepunt 1557 patiënten op de IC (op 18 april 2020).

Vraag 25

Welke afspraken zijn er gemaakt met Nederlandse leveranciers van hulpen geneesmiddelen, persoonlijke beschermingsmiddelen, IC-apparatuur en laboratoriummiddelen om snel op te schalen bij een nieuwe pandemie?

Antwoord:

Er zijn verschillende afspraken gemaakt met Nederlandse leveranciers om snel op te schalen bij een nieuwe pandemie:

- Er is een overeenkomst afgesloten met een Nederlandse fabrikant van mondmaskers. Deze fabrikant garandeert opschaalbare productiecapaciteit van FFP2 mondmaskers. Ook houdt de fabrikant een kleine voorraad aan. Het ministerie verwacht in de tweede helft van 2024 ook een dergelijke overeenkomst te kunnen sluiten met een fabrikant van IIR mondmaskers.
- De Europese Commissie heeft via een tender met een Nederlandse leverancier van vaccins afspraken gemaakt om bij een nieuwe pandemie snel om te schakelen naar pandemische vaccinproductie.
- Het Ministerie van VWS heeft een subsidie verstrekt aan de Biotech Training Facility om mensen te trainen voor vaccinproductie en toezicht hierop. Zo zijn bij een volgende pandemie meer mensen met deze kennis beschikbaar.
- Met de leveranciers van geneesmiddelen wordt in regulier verband overlegd over het verminderen van tekorten (zoals meer voorraad aanhouden) en het meer weerbaar maken van de keten. Dit verbetert ook de beschikbaarheid van geneesmiddelen bij een nieuwe pandemie.
- Vanuit pandemische paraatheid lopen er innovatieprogramma's, o.a. getrokken door TNO, op innovatie van testen gericht op publiek-private samenwerking. In een nieuwe pandemie kunnen dan snel nieuwe testen op de markt komen.
- Ziekenhuizen hebben dankzij de subsidieregeling opschaling curatieve zorg COVID-19 kunnen investeren in de fysieke infrastructuur, waaronder IC-apparatuur tot 1.700 IC-bedden. Van ziekenhuizen wordt verwacht dat ze dit in stand houden. Het is daarom niet noodzakelijk daarnaast nog afspraken te maken met Nederlandse leveranciers om IC-apparatuur op te schalen.

Vraag 26

Hoe ziet de voorraad cruciale geneesmiddelen er inmiddels uit?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de brief «Voortgang beschikbaarheid medische producten» die uw Kamer recent heeft ontvangen (Kamerstuk 29 477-889) zet de Minister voor Medische Zorg in op het opbouwen van grotere voorraden voor een aantal kritieke geneesmiddelen, in lijn met de moties Dijk en Claassen. Dit gebeurt vooruitlopend op de publicatie van de lijst kritieke geneesmiddelen. Voor de middelen op deze lijst worden na publicatie verdere beleidsopties onderzocht.

Voor de extra voorraden die nu opgebouwd gaan worden, kiest de Minister voor Medische Zorg ervoor zich te focussen op drie groepen: kritieke antibiotica waarvoor de afgelopen jaren tekorten zijn geweest, de kinderformuleringen van enkele andere antibiotica en het astmamiddel

salbutamol. Deze voorraden worden opgebouwd bovenop de reguliere veiligheidsvoorraad van 8 weken (waarvan 6 weken bij de leveranciers en 2 weken bij de groothandels) en binnen de bestaande distributieketens. Voorraden buiten de bestaande ketens laten opbouwen, bijvoorbeeld in een centraal (nood)depot of in een publieke groothandel als het RIVM, werkt sterk marktverstorend, brengt hoge kosten met zich mee en is complex om goed in te regelen. Daarom gaat de voorkeur uit naar een voorraad binnen de bestaande keten. De komende tijd wordt verder uitgewerkt hoe deze voorraden het beste opgebouwd kunnen worden.

Vraag 27

Tot hoeveel vertraging in de toegang tot nieuwe geneesmiddelen hebben prijsonderhandelingen geleid?

Antwoord:

Het is niet exact te zeggen tot hoeveel vertraging de centrale onderhandelingen voor nieuwe, dure geneesmiddelen hebben geleid. Dit omdat niet bekend is wat de doorlooptijd zou zijn geweest, als er niet centraal was onderhandeld. In ieder geval was die tijd niet (altijd) 0 dagen geweest, omdat dan waarschijnlijk een decentrale onderhandeling door de zorgverzekeraars had plaatsgevonden, welke ook tijd in beslag had genomen. Het is daardoor niet mogelijk (en wenselijk) om te concluderen welke «vertraging» is opgetreden van de doorlooptijd van centrale onderhandelingen. Daarnaast gaat het om relatief weinig geneesmiddelen; in 2023 ging het om zes middelen. De gemiddelde doorlooptijd in 2023 van prijsonderhandelingen voor een centraal financieel arrangement voor deze geneesmiddelen was 253 dagen. In 2022 was dit 308 dagen voor 19 geneesmiddelen. Uw Kamer ontvangt voor de zomer met de Voortgangsbrief Financiële Arrangementen nog een toelichting en duiding van de Minister voor Medische Zorg.

Vraag 28

Hoe zou de inzet op gepast gebruik van geneesmiddelen er idealiter uitzien? En welke stappen worden ondernomen om dat te bereiken?

Antwoord:

Gepast gebruik vindt de Minister voor Medische Zorg een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg en vormt een onderdeel van het pakketbeheer van (dure) geneesmiddelen, zoals ook beschreven in de Kamerbrief «voortgang pakketbeheer dure geneesmiddelen»⁹. Als patiënten na verloop van tijd bijvoorbeeld ook weer kunnen stoppen met het gebruik van een geneesmiddel, is dit een verbetering voor de patiënt en bespaart dit ook kosten voor de samenleving. Idealiter wordt, wanneer een gepast gebruik risico gesignaleerd wordt bij de instroom van een nieuw geneesmiddel, daar naar gehandeld door bijvoorbeeld het opzetten van een studie. En als informatie beschikbaar is over de gepastere inzet van een geneesmiddel, dan wordt dit idealiter landelijk geïmplementeerd. Binnen de werkgroep gepast gebruik dure geneesmiddelen, gecoördineerd door het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en gefinancierd door het Ministerie van VWS, wordt hier door veldpartijen aan gewerkt. Daarnaast bezien de Ministers van VWS en voor Medische Zorg of gepast gebruik een aanvullende vergoedingsvoorwaarde gericht op levering van zorg kan worden als onderdeel van het traject «verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket (VVTB)».

Vraag 29

⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, 29 477, nr. 883

Hoeveel gezondheidsschade hebben de prijsonderhandelingen dure geneesmiddelen patiënten berokkend?

Antwoord:

De vraag lijkt een gelijkenis te hebben met de recente stellingname van de Vereniging voor Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) – de branchevereniging van leveranciers van innovatieve geneesmiddelen.¹⁰ De stellingname van de VIG maakt selectief gebruik van een door het Zorginstituut uitgevoerd onderzoek door Equalis over de effecten van de sluis. De VIG gebruikt alleen de cijfers voor de effecten *tijdens* de sluis, en dan is het niet verrassend dat Equalis rapporteert dat het tijdens de sluis niet beschikbaar zijn van nieuwe geneesmiddelen netto tot gezondheidsverlies leidt. Zeker als, zoals de VIG doet, alleen vergeleken wordt met het minimum scenario van Equalis waarbij een middel onmiddellijk, zonder enige vertraging, na marktregistratie beschikbaar komt. Equalis geeft aan dat dat niet realistisch is. Equalis stelt verderop in het rapport, als zowel de effecten *tijdens* als *na* de sluis met elkaar worden vergeleken, dat de sluis – door de inzet op lagere uitgaven op basis van kosteneffectiviteit – op termijn verdringing van andere, kosteneffectieve zorg voorkomt. Volgens Equalis leidt dit in het gemiddelde scenario bij een termijn van 5 jaar tot een gezondheidswinst van 7.706 extra QALYs en € 1.067mln minder kosten.¹¹

De NZa heeft in reactie op de stellingname van de VIG een toelichting gepubliceerd.¹² Daaruit blijkt dat de uitgaven aan dure, innovatieve middelen vooral stijgen door steeds hogere prijzen van specialités zonder concurrentie. De uitgaven stijgen niet door hogere volumes (meer patiënten). Dit is des te zorgelijker omdat het, zoals de NZa eveneens onderstreept, steeds vaker onduidelijk is in hoeverre deze dure middelen uiteindelijk echt van meerwaarde zullen zijn voor de patiënt. Deze ontwikkeling onderstreept voor de Minister voor Medische Zorg het belang van de inzet op passende geneesmiddelenzorg. Zodat het juiste geneesmiddel beschikbaar is én blijft voor de juiste patiënt, tegen een maatschappelijk aanvaardbare prijs. De Minister betreurt het dat de VIG bewust een verkeerde voorstelling van zaken geeft. Dat bemoeilijkt het gesprek met de branchevereniging, en dat is niet constructief voor gesprekken met de sector richting de toekomst.

Vraag 30

Kan nader geduid worden hoe de prijsonderhandelingen dure geneesmiddelen nauwelijks invloed hebben gehad op welke middelen tegen welke prijs op de markt kwamen?

Antwoord:

Dit valt te verklaren uit het feit dat fabrikanten geen korting in de openbare lijstprijs hoeven door te voeren omdat er *vertrouwelijke* arrangementen worden gesloten. Het is voor de industrie beter om hoog in te zetten en dan vertrouwelijk een korting weg te geven. Dit zowel in verband met *international reference pricing* (waarbij de prijzen van een land worden gebaseerd op de prijzen in andere landen) als met het gegeven dat het de industrie een betere onderhandelingspositie geeft: een hoge lijstprijs biedt meer marge om weg te geven in ruil voor vergoeding.

Vraag 31

¹⁰ Zie https://vig-platforms.ams3.cdn.digitaloceanspaces.com/production/documents/2300377_VIG_DM_DEF_07BS.pdf.

¹¹ Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2023/08/16/onderzoeksrapport-equalis-over-effecten-van-de-sluis-voor-dure-geneesmiddelen>. De cijfers van de VIG staan op p. 45; de cijfers over de totale effecten staan op p. 50.

¹² Zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_764775_22/.

Waaruit bestaat het sanctiebeleid van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en hoe wordt dit toegepast? Kunt u voorbeelden hiervan geven?

Antwoord:

De formele handhavinginstrumenten die de NZa tot haar beschikking heeft, wisselen per toezichtstaak, maar zijn generiek samen te vatten als:

- Het geven van een aanwijzing
- Het opleggen van een last onder bestuursdwang
- Het opleggen van een last onder dwangsom
- Het opleggen van een bestuurlijke boete

In 2023 heeft de NZa 29 aanwijzingen, 218 lasten onder dwangsom en 7 boetes opgelegd. Er zijn geen lasten onder bestuursdwang opgelegd.

Vraag 32

Hoeveel zorginstellingen zijn de afgelopen vijf jaar onder verscherpte bewaking van het Waarborgfonds voor de Zorgsector gezet?

Antwoord:

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector maakt onderscheid tussen deelnemers onder verhoogde bewaking naar oplopende ernst van de situatie. Bij deelnemers in categorie geel zijn de problemen minder urgent, maar is voldoende reden om goed «de vinger aan de pols te houden». Bij deelnemers in de categorie oranje is sprake van een zorgelijke situatie, maar met een minder urgent karakter. Deelnemers in de categorie rood worden het meest risicovol geacht. Hierbij is sprake van ernstige liquiditeitsproblemen, meerjarige negatieve exploitatieresultaten en/of een uiterst zwak of negatief eigen vermogen. Wanneer een deelnemer in categorie rood wordt geplaatst, wordt dit altijd gemeld aan het Ministerie van VWS.

De tabel hieronder geeft per categorie het aantal deelnemers onder verhoogde bewaking weer over de periode 2019–2023. Daarbij is het belangrijk om op te merken dat een zorginstelling over meerdere jaren onder verhoogde bewaking kan staan, het gaat hier dus om totalen per jaar en niet om het aantal nieuwe gevallen.

	2019	2020	2021	2022	2023
Categorie geel	21	13	8	10	10
Categorie oranje	17	15	12	14	16
Categorie rood	1	1	1	1	1
Totaal	39	29	21	25	27

Vraag 33

Hoeveel Wet openbaarheid bestuur (Wob)- / Wet open overheid (Woo)-verzoeken die betrekking hebben op de COVID-19-periode lopen er nog?

Antwoord:

Binnen VWS lopen er op 24 mei 2024 nog 288 Woo-verzoeken die betrekking hebben op de COVID-19-periode.

Vraag 34

Kunt een indicatie geven van het aantal uur dat in het handmatig uitlezen en archiveren van chatberichten voor de bewindspersonen en leden van de bestuursraad?

Antwoord:

Het handmatig uitlezen en archiveren van chatberichten voor de bewindspersonen en leden van de bestuursraad, kost het Ministerie van Volksge-

zondheid, Welzijn en Sport per sleutelfunctionaris, Minister of BR-lid, ongeveer 10 uur per week.

Vraag 35

Wat is de reden dat het aantal jaren in goede gezondheid afneemt?

Antwoord:

Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid en is een samenvattende gezondheidsmaat van alle relevante gezondheidsaspecten voor de persoon in kwestie. Waar er een lichte daling is van 2021 op 2022, zien we dat erover de hele gemeten periode van 1981 naar 2022 geen sprake is van een daling. Gemiddeld genomen waarderen de meeste Nederlanders hun eigen gezondheid goed. We zien echter dat gemiddelde echter wel verschillen tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status. In Nederland leven mensen met een lage sociaaleconomische status gemiddeld 15 jaar in minder goed ervaren gezondheid.¹³ Achter deze verschillen gaat (een stapeling van) achterliggende problematiek zoals bestaansonzekerheid, armoede en kansenongelijkheid schuil. Een bredere domeinoverstijgende aanpak met daarin specifieke aandacht voor mensen in een kwetsbare positie is nodig (Health in all Policies). Gezondheid is niet alleen een opgave voor het zorgdomein, maar vraagt juist ook om inzet van – en samenwerking met – andere domeinen op thema's zoals bestaanszekerheid, wonen en de fysieke inrichting. De SER onderschrijft dit ook in hun laatste advies «Gezond wonen, opgroei en werken».¹⁴ Op dit moment wordt er interdepartementaal gewerkt aan een Health in all Policies agenda met nadrukkelijk aandacht voor sociaaleconomische gezondheidsachterstanden.

Vraag 36

Kunt u een update geven van de impact van programma's als Gezonde Kinderopvang, Gezonde School en Gezonde Buurten zoals u dat laatst heeft gedaan bij Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)?

Antwoord:

Eén van de uitgangspunten van preventiebeleid is om de kwaliteit en effectiviteit van interventies te bevorderen zodat deze na onafhankelijke beoordeling opgenomen zouden kunnen worden in bijvoorbeeld de databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJI en de databank Loket Gezond Leven van het RIVM. Het Ministerie van VWS stelt partijen dan ook in staat om dit te doen. Tegelijkertijd is het zo dat de effectiviteit van een interventie op voorhand niet altijd kan worden bepaald. Juist voor een onderbouwing van beleid is innovatie belangrijk, ook op het gebied van preventie interventies.

De impact van individuele programma's is daarnaast relatief. De oorzaken van overgewicht zijn sterk uiteenlopend en complex. Hiervoor bestaan geen eenvoudige oplossingen die terug zijn te voeren op de impact van een afzonderlijk programma. De inzet op preventie vraagt om o.a. educatie en voorlichting, het veranderen van de leefomgeving en de inzet van wet- en regelgeving daar waar dat nodig is. Daar zijn genoemde aanpakken onderdeel van.

Het programma Gezonde School en het programma Gezonde Kinderopvang werken met erkende activiteiten en interventies. De Smokefree Challenge is bijvoorbeeld een interventie uit de databank Loket Gezond Leven van het RIVM en maakt onderdeel uit van het programma Helder op School dat onderdeel is van het programma Gezonde School. Inmiddels

¹³ Cijfers en feiten gezondheidsverschillen | Loketgezondleven.nl

¹⁴ SER roept nieuw kabinet op: «Maak dringend meer werk van gezondheid als onderdeel van bestaanszekerheid» | SER

werkt 43% van de scholen in Nederland met de Gezonde School-aanpak, 38% van alle PO scholen, 63% van alle VO-VSO scholen en 44% van alle mbo locaties. Voor het programma Gezonde Kinderopvang geldt dat inmiddels 1930 coaches zijn opgeleid, binnen 1326 opvanglocaties. Momenteel voert TNO onderzoek uit naar de effectiviteit en implementatie van de aanpak Gezonde Kinderopvang. De uitkomsten hiervan worden dit najaar verwacht. De Staatssecretaris van VWS zal uw Kamer over de uitkomsten informeren, zoals onlangs ook de uitkomsten van het evaluatie onderzoek naar het programma Gezonde School met uw Kamer zijn gedeeld.¹⁵

Het programma Gezonde Buurten richt zich op het fysiek veranderen van een specifieke leefomgeving in co-creatie met de buurt en het ontwikkelen van succesvolle lokale praktijkgerichte voorbeelden. Naar verwachting zijn eind 2025 nog eens 30 extra voorbeeldbuurten gerealiseerd. De Staatssecretaris van VWS informeert uw Kamer jaarlijks over de voortgang op de aanpak overgewicht en ingezette programma's. Uit onderzoek van de Vrije Universiteit (2021) blijkt dat de Gezonde Buurten aanpak een positief effect heeft op het buitenspeelgedrag van kinderen. Ook leidt de aanpak tot meer betrokkenheid van buurtbewoners, veelal bij bewoners die eerder niet in beeld waren bij professionals. Tot slot bevordert de aanpak het contact tussen bewoners en de gemeente.

Vraag 37

Worden de effecten van een gezond en duurzaam voedselaanbod op de gezondheid van de patiënten uit de tachtig ziekenhuizen die subsidie hebben gekregen vergeleken met ziekenhuizen zonder deze subsidie? Zo ja, wanneer worden daar dan de eerste resultaten van verwacht?

Antwoord:

Het doel van het gesubsidieerde project is het ondersteunen van ziekenhuizen en zorginstellingen om het aanbod van voeding voor patiënten, medewerkers en bezoekers gezonder en duurzamer te maken. Dit wordt gemonitord door het meten van de verschuiving naar een gezonder aanbod aan de hand van de uitgangspunten in de Richtlijn Eetomgevingen en de Richtlijnen Goede Voeding en Schijf van Vijf. Dit project sluit aan bij de doelstellingen van het Nationaal Preventieakkoord, het Integraal Zorgakkoord en de Greendeal Duurzame Zorg op het gebied van duurzame en gezonde voeding.

De verschuiving naar een gezonder en duurzamer voedingsaanbod voor patiënten richt zich op herstel, zoals het eten van meer eiwit, en een gezonde basisvoeding. Hiervoor worden de laatste kennis en richtlijnen gebruikt.

Er lopen studies, bijvoorbeeld vanuit de Regio Deal Foodvalley, waarin de effecten van voedingsadviezen aan patiënten worden gemeten en waarin wordt gekeken naar de manier waarop dit het beste georganiseerd kan worden binnen de zorgketen. Deze uitkomsten worden eind 2024 verwacht. De uitkomsten worden beschikbaar gemaakt via Alliantie Voeding in de Zorg, de uitvoerder van het subsidieproject.

Vraag 38

Wanneer verwacht u meer duidelijkheid te kunnen geven over hoe om te gaan met de knelpunten die naar voren zijn gekomen in de toekomstverkenning naar de Regeling specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg?

Antwoord:

¹⁵ Kamerstukken II, 2023/24, 32 793, nr. 702.

Het is aan een volgend kabinet om keuzes te maken over het stelsel en de financiering van de aanvullende seksuele gezondheidszorg. Op dit moment bereidt VWS deze besluitvorming voor.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister voor Medische Zorg verwachten dat de besluitvorming eind van dit jaar gereed kan zijn, waarbij zij uiteraard een slag om de arm moeten houden vanwege de vorming van het nieuwe kabinet.

Vraag 39

Wat was de verwachting voor het aantal griep- en pneumokokkenvaccinaties en wat zijn de uiteindelijke cijfers? Wat kan de lagere opkomst verklaren?

Antwoord:

De vaccinatiegraadcijfers van de griep- en pneumokokkenvaccinatie voor 2023 zijn nog niet bekend. Deze komen naar verwachting in september beschikbaar. Er is wel informatie over het aantal beschikbare griep- en pneumokokkenvaccins. Voor het jaar 2023 zijn er 4,3 miljoen griepvaccins aangekocht. Daarmee kon zo'n 65% van de doelgroep worden gevaccineerd. Voor 2023 zijn er 730.000 pneumokokkenvaccins aangekocht. Daarmee, plus de pneumokokkenvaccins die nog over waren uit het voorgaande jaar, kon zo'n 90% van de doelgroep worden gevaccineerd. Waar rekening mee moet worden gehouden is dat er altijd zo wordt ingekocht (en daarop begroot) dat er voldoende vaccins voor de doelgroep beschikbaar zijn. Dit betekent ook dat er in de praktijk altijd minder vaccins worden toegediend, dan dat er worden ingekocht.

Vraag 40

Welke verklaring ligt ten grondslag aan de reeds jarenlange daling van deelname aan bevolkingsonderzoeken?

Antwoord:

Er zijn meerdere factoren die ten grondslag liggen aan de afweging van mensen om niet deel te nemen aan een bevolkingsonderzoek. De deelname varieert bijvoorbeeld naar leeftijd en geslacht, daarnaast is de deelname lager bij bevolkingsgroepen met een lage sociaaleconomische status en spelen factoren als toegankelijkheid en vertrouwen een rol. Om meer inzicht te krijgen in waarom de deelname steeds verder daalt, is het RIVM op verzoek van de Minister voor Medische Zorg hier een onderzoek naar gestart. Uw Kamer is reeds toegezegd dat ze in 2024 over de resultaten van dit onderzoek zal worden geïnformeerd.

Vraag 41

Hoeveel ziekenhuizen krijgen een beschikbaarheidsbijdrage acute zorg? Kunt u een overzicht van de afgelopen tien jaar geven?

Antwoord:

De beschikbaarheidsbijdrage acute zorg, niet te verwarren met de beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH's en acute verloskunde, is bestemd voor de bureaus die de regionale overleggen acute zorgketen (ROAZ-en) ondersteunen. Uit deze middelen wordt ook inzicht in zorgcapaciteit en, zo nodig, patiëntenspreiding bekostigd. De bureaus zijn organisatorisch ondergebracht bij de 11 traumacentra. De traumacentra in deze periode zijn de acht academische ziekenhuizen, MST in Enschede, Isala in Zwolle en Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis in Tilburg. In de periode 2013–2023 hebben enkel deze 11 traumacentra jaarlijks deze beschikbaarheidsbijdrage ontvangen voor de ondersteuning van de ROAZ-en.

Vraag 42

Hoeveel is er door het demissionaire kabinet geïnvesteerd of bezuinigd op geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Hoeveel is dit als je het afzet tegen de groeiende ggz-vraag en -gebruik? Hoeveel is er de afgelopen tien jaar geïnvesteerd of bezuinigd op ggz? Kunt u hier een overzicht van geven? Hoeveel is dit als je het afzet tegen de groeiende ggz-vraag en -gebruik?

Antwoord:

De afgelopen jaren zijn de totale uitgaven vanuit de Zvw en Wlz aan ggz substantieel gestegen, zie ook de tabel die hieronder is opgenomen. In 2013 waren de uitgaven aan ggz nog € 5,6 miljard. Dit is gestegen naar € 7,1 miljard in 2023. De uitgaven zijn gestegen vanwege een stijging van het zorggebruik en loon- en prijsontwikkeling.

Ontwikkeling uitgaven ggz 2013–2023 (Bedragen x 1 miljoen)

	2013	2014	2015 ¹	2016	2017	2018	2019	2020	2021 ²	2022	2023
Totale uitgaven Zvw-ggz	4.010,1	3.732,7	3.257,1	3.405,9	3.557,5	3.748,2	3.976,0	4.335,9	2.957,6	4.607,1	5.022,9
Totale uitgaven Wlz-ggz	1.578,7	1.602,6	616,9	532,1	511,7	447,4	597,8	622,3	1.603,2	1.876,6	2.125,2
Correctieboeking van de schadelastdip ggz									1.247,0		
Totaal	5.588,8	5.335,3	3.874,0	3.938,0	4.069,2	4.195,6	4.573,7	4.958,2	5.807,8	6.483,7	7.148,1

¹ De daling in de uitgaven in 2015 wordt grotendeels veroorzaakt door overheveling van de budgetten voor beschermd wonen uit de AWBZ (Wlz) naar gemeenten, en de jeugd-ggz uit de Zvw naar gemeenten.

² In 2022 is een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing had geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die kon worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er was geen sprake van een bezuiniging.

De stijging van de uitgaven geeft uitdrukking aan het toegenomen gebruik van ggz-zorg, maar het is lastig om eenduidig aan te geven welke ontwikkelingen zich bij specifieke vormen van ggz-zorg hebben voorgedaan.

Verdere toelichting

Zvw

Het demissionaire kabinet heeft een aantal maatregelen genomen om de groei in de Zvw te beperken (onder de noemer van «minder meer»). Deze afspraken om de groei te beperken (niet om te bezuinigen) zijn vastgelegd in het IZA voor de periode 2023 tot en met 2026. Met die financiële afspraken in het IZA wordt invulling gegeven aan verschillende maatregelen en wordt de volumegroei voor het kader ggz beperkt tot 1% in 2023, aflopend tot 0,4% in 2026. Daarnaast is in het IZA het kader ggz structureel opgehoogd met € 180 miljoen. Ook voor de aanpak van de wachtlijsten in de ggz is in totaal eenmalig € 60 miljoen geïnvesteerd binnen het macrokader ggz. Het macrokader ggz is hiertoe opgehoogd met € 30 miljoen in 2023 en € 30 miljoen in 2024. In de periode 2023–2026 is in totaal 362 miljoen voor volumegroei beschikbaar, alsmede 160 miljoen geoordeelde transformatiemiddelen.

Wlz

Het demissionaire kabinet heeft een Wlz-brede maatregel meerjarig contracteren geïntroduceerd om de beschikbare middelen binnen de Wlz doelmatiger tot besteding te brengen, en daarmee de groei van de uitgaven te dempen. Deze maatregel geldt ook voor de ggz in de Wlz. Er zijn wegens de stijgende vraag naar ggz-zorg binnen de Wlz ook aanvullende middelen beschikbaar gesteld, met name na de opening van de Wlz voor ggz-cliënten. Bij aanvang in 2021 was de verwachting dat er een

bedrag van € 645 miljoen nodig zou zijn om zorg te leveren aan alle ggz-cliënten binnen de Wlz. De huidige uitgaven zijn circa € 2,1 miljard. Hiervan is € 1,1 miljard een tegenvaller, veroorzaakt door de hoge instroom van ggz-cliënten in de Wlz. Deze middelen zijn tussen 2021 en 2023 toegevoegd aan het Wlz-kader.

In de tabel zijn de uitgaven van gemeenten voor de ggz niet meegenomen. Gemeenten ontvangen middelen voor de bekostiging van de Jeugdwet via het Gemeentefonds. Het grootste deel van de middelen wordt verstrekt via de algemene uitkering. Deze middelen zijn vrij besteedbaar voor gemeenten. In 2023 ging het op basis van het met gemeenten vastgestelde Meerjarig Financieel Kader om zo'n € 6,5 miljard. De jeugd-ggz is integraal onderdeel van jeugdhulp die aan gezinnen en jeugdigen wordt gegeven. In 2021 kregen 434.000 jongeren een vorm van jeugdhulp zonder verblijf. In 2023 was dit aantal gegroeid tot 447.000 jongeren. Via andere gemeentefondsuitkeringen kunnen middelen voor specifieke doeleinden worden verstrekt. Zo is in 2021 € 50 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de acute jeugd-ggz via een specifieke uitkering zodat aan de grote zorgvraag (mede door corona) tegemoet gekomen kon worden. Met deze middelen werden zorgaanbieders in staat te gesteld de ambulante en klinische zorgcapaciteit tijdelijk uit te breiden of anderszins de druk op de acute jeugd-ggz te verlagen.

Beschermd wonen (Wmo) is gericht op cliënten met psychische of psychosociale problemen die tijdelijk niet zelfstandig kunnen wonen, maar geen psychiatrische behandeling met verblijf nodig hebben, en is daarom in dit antwoord buiten beschouwing gelaten.

Vraag 43

Wat heeft het Nationaal Actieplan Dakloosheid concreet opgeleverd tot nu toe? Kunt u dit inzichtelijk maken via cijfers en per acties uit het Nationaal Actieplan Dakloosheid? Hoe staat dat in verhouding tot de doelstelling om dakloosheid in Nederland voor 2030 te beëindigen? Ligt u op koers voor die doelstelling? Is die doelstelling nog haalbaar volgens u?

Antwoord:

Veel gemeenten, zorgpartijen, corporaties en belangenbehartigers hebben het actieplan omarmd en werken op voortvarende wijze aan de uitvoering hiervan. Mijn beeld is dat gemeenten goede stappen zetten rond de uitvoering van het Nationaal Actieplan Dakloosheid. In juni publiceert de VNG een dashboard waarin de voortgang per centrumgemeente in kaart wordt gebracht.

De meest recente schatting van het aantal dakloze mensen door het CBS heeft als peildatum 1 januari 2023 en laat een stijging zien ten opzichte van 2022. Vanaf 2022 is er structureel € 65 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de aanpak van dakloosheid. Met de uitvoering van het actieplan en Nationale Woon- en Bouwagenda, die is gericht op meer betaalbare woonplekken ¹⁶, moet het tij worden gekeerd. De beleidsinzet is om het aantal dakloze mensen flink naar beneden te brengen, zoals onder meer in Finland is gebeurd. Daarom wordt er, in lijn met de verklaring van Lissabon, vastgehouden aan het uitbannen van dakloosheid in Nederland voor 2030.

In 2024 wordt naar aanleiding van de motie Westerveld (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 73) gestart met een onafhankelijk onderzoek naar de voortgang op het actieplan. Uw Kamer ontvangt rond de zomer een voortgangsrapportage ten aanzien van de verschillende actielijnen van het Nationaal Actieplan Dakloosheid.

Vraag 44

¹⁶ Programma «Een thuis voor iedereen» | Rapport | Rijksoverheid.nl

Zijn er knelpunten in de uitvoering van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)? Zo ja, welke knelpunten?

Antwoord:

- De Minister van VWS werkt samen met partners NEN, Nictiz en ZIN en met het zorgveld aan de uitwerking van de wettelijke verplichting voor gestandaardiseerde elektronische uitwisseling.
- Over het algemeen verloopt de invoering goed.
- Bij het laten aansluiten van de wettelijke verplichting op de praktijk bestaan er enkele knelpunten.
- Op technisch en organisatorisch vlak moet er voor sommige gegevensuitwisselingen meer geregeld worden dan vooraf voorzien.
- In het geval van de Basisgegevensset Zorg leidt dit tot vertraging van de inschrijving van de kwaliteitsstandaard.
- Ook voor Beeldbeschikbaarheid moet extra tijd worden besteed aan het realiseren van een haalbare en betaalbare technische oplossing.
- In de Kamerbrief over de voortgang op de Wegiz in het najaar zal de Minister van VWS uw Kamer nader informeren over de voortgang op de gegevensuitwisselingen op de Meerjarenagenda Wegiz.

Vraag 45

Worden de bevindingen van de pilot directe verwijzingen, uitgevoerd op de Bovenwindse eilanden, ook gebruikt voor beleidsmaatregelen op de Benedenwindse eilanden?

Antwoord:

Nee, de bevindingen van de pilot «directe verwijzingen» worden niet gebruikt voor beleidsmaatregelen op de Benedenwindse eilanden. De pilot was gebaseerd op de praktijk op Bonaire: met de pilot «directe verwijzingen» op de Bovenwindse eilanden is de procedure gelijkgetrokken aan de Benedenwindse eilanden. Op de Benedenwindse eilanden kunnen de huisartsen al direct verwijzen naar ziekenhuizen zonder goedkeuring van de medisch adviseurs van VWS.

Vraag 46

Hebben de pilots en onderzoeken op de verschillende landen en eilanden van Caribisch Nederland rekening gehouden met de aanname dat ieder eiland verschillend is en andere behoeftes kan hebben?

Antwoord:

Ja, in de pilots en onderzoeken is rekening gehouden met het feit dat ieder eiland verschillend is en andere behoeftes heeft. De pilots en onderzoeken zijn specifiek bedoeld om te bezien wat nodig is om een zo passend mogelijke invulling van de behoeftes per eiland te bieden.

Vraag 47

Kan er een toelichting en extra uitleg worden gegeven waarom de suppletoire begroting Prinsjesdag laat zien dat er € 10,4 miljoen niet is uitgegeven, wat heeft geresulteerd in een verlaging van het budget met € 10 miljoen.?

Antwoord:

Bij de suppletoire begroting Prinsjesdag is het budget op het financieel instrument bekostiging met circa € 10 miljoen verlaagd. Deze middelen waren bedoeld voor bron- en contactonderzoek en ondersteuning van de ziekenhuizen in het kader van het bestrijden van de Covid-pandemie. Deze middelen zijn onbenut gebleven, omdat het aantal covid-besmettingen op de BES-eilanden was afgenomen.

Vraag 48

Kunnen de tegenvallers op jeugd, welzijn en sport op Caribisch Nederland beter worden toegelicht en uitgelegd?

Antwoord:

Ten aanzien van jeugd, welzijn en sport op Caribisch Nederland hebben zich diverse tegenvallers voorgedaan van per saldo € 3 miljoen. Om wisselkoerseffecten en gestegen loonkosten te kunnen opvangen is € 1,9 miljoen meer uitgegeven dat initieel begroot. Daarnaast is € 1,1 miljoen meer uitgegeven voor de uitvoering van jeugdzorg, namelijk voor kinderen van de BES-eilanden die naar Europees Nederland gaan voor jeugdhulp met verblijf. Het aantal kinderen dat specifieke jeugdhulp nodig heeft die alleen in Europees Nederland beschikbaar is, is toegenomen evenals de complexiteit van de problematiek waardoor de jeugdhulp ook duurder is. De overige mutaties ten aanzien van jeugd welzijn en sport zien toe op technische mutaties en zijn geen budgettaire tegenvallers.

Vraag 49

Wat is de reden dat de kosten voor het KIK-V programma, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en Passende Zorg hoger waren dan verwacht?

Antwoord:

KIK-V

De kosten voor het KIK-programma waren hoger dan verwacht, omdat in 2023 verschillende uitwisselingprofielen van informatie-vragende partijen verder ontwikkeld en geïmplementeerd zijn, waardoor deze kosten hoger zijn gevallen dan verwacht. Uitwisselprofielen vormen de basis van de afspraken over het standaardiseren van informatievragen aan verpleeghuizen door zorgkantoren, Nza, IGJ en VWS. Binnen de verpleeghuiszorg sector is men enthousiast over deze werkwijze binnen KIK-V, omdat met deze manier van werken het meervoudig gebruik van data uit het operationele proces daadwerkelijk mogelijk wordt gemaakt zonder extra administratieve lasten (of zelfs verlaging daarvan). Op deze manier verwachten partijen effectiever en efficiënter samen te kunnen werken en bouwt de keten gezamenlijk aan een duurzaam informatiestelsel.

Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG)

De financiering van het programma ZE&GG loopt via twee partijen: Zorginstituut Nederland en ZonMw. In 2023 is een deel van de middelen van het programma ZE&GG overgeheveld van ZonMw naar Zorginstituut Nederland. De reden hiervoor is een wijziging van de inzet van activiteiten in de uitvoering door Zorginstituut Nederland en ZonMw. Door deze overheveling zijn de kosten voor ZE&GG bij Zorginstituut Nederland hoger en bij ZonMw lager dan verwacht. De totale kosten voor het programma ZE&GG zijn gelijk gebleven.

Passende Zorg

De kosten voor het programma Passende Zorg zijn hoger omdat het programma Passende Zorgpraktijken in oktober 2023 gestart is, wat eerder niet voorzien was.

Vraag 50

Zijn de € 13,6 miljoen beschikbaar gesteld voor tegenvallers in de zorguitgaven op de BES-eilanden, gebruikt? Zo ja, voor welke tegenvallers zijn deze gelden gebruikt?

Antwoord:

Ja, de € 13,6 miljoen is beschikbaar gesteld om tegenvallers in de zorguitgaven op de BES-eilanden te kunnen opvangen. Deze middelen zijn onder meer ingezet om de stijgende zorguitgaven ten aanzien van het Fundashon Mariadal ziekenhuis te kunnen opvangen. Verder zijn deze middelen ingezet om de toenemende zorguitgaven voor medische

uitzendingen en farmaceutische zorg op de BES-eilanden te kunnen opvangen.

Vraag 51

Wanneer zal het wetsvoorstel met betrekking tot de reikwijdte jeugdzorg naar de Kamer gestuurd worden? Wat is het tijdsplan van deze wet?

Antwoord:

Het thema reikwijdte van de jeugdhulpplicht is een belangrijk onderwerp waarop zo snel als mogelijk richting nodig is. Tegelijkertijd is het een complex vraagstuk dat raakt aan een aantal fundamentele andere thema's in het jeugdstelsel. De uitwerking hiervan vereist daarom een zorgvuldig proces waarbij we veel partijen betrekken. Dat kost tijd. Het streven is om zo spoedig mogelijk in 2025 een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer in te dienen. Uw Kamer wordt gedurende dit proces via voortgangsbrieven op de hoogte gehouden van de stand van zaken.

Vraag 52

Wat heeft het werken aan de verbindingroute opvang, onderwijs en zorg om de samenwerking in de pedagogische basis te verbeteren en meer collectieve ondersteuning te realiseren tot nu toe concreet opgeleverd?

Antwoord:

Een van de concrete opbrengsten van het werken aan de verbindingroute om de samenwerking in de pedagogische basis te verbeteren is een viertal webinars die voor de zomer worden georganiseerd door de VNG, Met Andere Ogen, Branchevereniging Maatschappelijke Kinderopvang, PO-raad, VO-raad, MBO raad, Samenwerkende Beroepsvereniging Jeugd, NJI, Ieder(in), Netwerk LPO, sectorraad swv vo en de regio's. In deze webinars delen professionals, beleidsmakers en bestuurders uit gemeenten, onderwijs, kinderopvang en jeugdhulp hun aanpakken waarin succesvol domeinoverstijgend wordt samengewerkt om een sterke pedagogische basis te creëren.

Daarnaast wordt er concreet gewerkt aan de verbeteraanpak Zorg in Onderwijstijd die erop gericht is om de zorg gedurende onderwijstijd collectiever te organiseren en te financieren, in eerste instantie in het speciaal onderwijs.

De voortgang hiervan is opgenomen in de brief aan de Tweede Kamer over de verbeteraanpak passend onderwijs van 10 mei 2024 (Kamerstukken II, 31 497 nr. 475).

Vraag 53

Is de uitwerking van een richtinggevend kader voor de toegang en lokale teams, waarin ook de overgang van 18- naar 18+ wordt meegenomen, al af? Wat levert dit concreet op om de overgang van 18- naar 18+ te verbeteren?

Antwoord:

Het Richtinggevend Kader «Toegang, lokale teams en integrale dienstverlening» is op 28 maart jl. in de VNG-commissies vastgesteld en gepubliceerd. Richtinggevend kader voor toegang sociaal domein vastgesteld | VNG.

Dit kader brengt aan de hand van 13 kenmerken in beeld waar toegang, lokale teams en integrale dienstverlening voor inwoners in kwetsbare en complexe situaties aan moeten voldoen. Eén van deze kenmerken heeft betrekking op het streven naar soepelere overgangen in de levensloop, waaronder van 18- naar 18+. Dit kader is primair gericht op het gemeentelijk beleid, maar ook samenwerkingspartners, zoals bijvoorbeeld aanbieders en professionals hebben een belangrijke rol hierbij. Wat de

toegangsfunctie en lokale teams vraagt van deze partners komt te staan in het eind 2024 te ondertekenen «Convenant stevige lokale teams».

Vraag 54

Is inmiddels in beeld hoe lang de wachtlijsten zijn in de jeugdzorg? Hoe staat het daarmee?

Antwoord:

Regio's krijgen met behulp van het gemeentelijk dashboard steeds beter in beeld hoeveel jongeren nu wachten en op wat voor hulp of ondersteuning. Dat helpt om vraag en aanbod beter op elkaar af te kunnen stemmen.

Op landelijk niveau hebben we dit inzicht – zeker op korte termijn – nog niet in verband met beperkingen in het (gebruik van het) Berichtenverkeer tussen jeugdhulpaanbieders en gemeenten. Hier wordt aan gewerkt. Landelijk inzicht in wachttijden is onderdeel van de bredere doelstelling uit de Hervormingsagenda om met verbeterde data en monitoring het functioneren van het jeugdzorgstelsel beter in beeld te brengen op de doelen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Vraag 55

Op welke manier wordt de leefwereldtoets betrokken bij de uitvoering van de Hervormingsagenda? Hoe staat het met de uitvoering van de aangenomen motie-Westerveld/Verkuijlen (Kamerstuk 31839–965)?

Antwoord:

De afgelopen periode heeft het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) samen met de Nationale Jeugdraad (NJR) en clientorganisaties MIND, JongPIT, leder(in) en Balans een advies uitgebracht over de uitvoering van de leefwereldtoets, die inmiddels is vastgesteld.

Afgesproken is dat de uitkomsten van de leefwereldtoets worden meegenomen in de gesprekken met betrokken partijen over de voortgang van de Hervormingsagenda als geheel en – indien relevant – bij het de beleid met betrekking tot de afzonderlijke thema's. Conform de motie van de leden Westerveld (GL/PvdA) en Verkuijlen (VVD) koppelen wij aan jongeren en de Kamer terug wat ermee is gedaan.

Vraag 56

Wie heeft de deskundigencommissie Hervormingsagenda Jeugd ingevuld? Wie heeft de namen bepaald? Wanneer komt hun eerste advies?

Antwoord:

Wie deelneemt in de Deskundigencommissie Hervormingsagenda Jeugd is door het Rijk en de VNG gezamenlijk vastgesteld. De voorzitter is door beide partijen voorgedragen en voor de overige vier leden geldt dat beide partijen ieder twee leden hebben voorgedragen. Er is onder meer gekeken naar benodigde deskundigheid op het terrein van jeugdzorg, openbare financiën (Rijk en gemeenten) en interbestuurlijke verhoudingen. De leden van de Deskundigencommissie zijn tevens door de ministerraad vastgesteld. Het eerste advies van de Deskundigencommissie zal begin 2025 gereed zijn.

Vraag 57

Kunt u uitleggen wat hiermee bedoeld wordt «In 2023 is een jaarlijkse cyclus in het leven geroepen om over de volle breedte van beleid de naleving van kinderrechten in Nederland te versterken»? Wat levert dit concreet voor acties op?

Antwoord:

Het demissionaire kabinet zet zich over de volle breedte van beleid in om de naleving van kinderrechten in Nederland te versterken. De aanbevelingen van het VN-Kinderrechtencomité bieden hiervoor handvatten. In 2023 heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een jaarlijkse cyclus in het leven geroepen om vinger aan de pols te houden over de opvolging van de aanbevelingen van het Comité. Deze cyclus bestaat uit drie kernmomenten: Kinderrechten in Beweging, de Kinderrechtenconferentie en de Nationale Kinderrechtendialoog. Op 24 oktober jl. heeft de lancering plaatsgevonden van Kinderrechten in Beweging. Het Kinderrechtencollectief (een collectief dat bestaat uit zes kernleden)[1] maakt op basis van dataverzameling een jaarlijkse beleidsanalyse. Rond december vindt de Kinderrechtenconferentie plaats. Op deze dag gaan kinderen van verschillende basisscholen uit heel Nederland met elkaar in gesprek over de aanbevelingen van het VN-Kinderrechtencomité. Tot slot wordt in het voorjaar – rond april – de Kinderrechtendialoog georganiseerd. Hier gaan kinderen, jongeren, beleidsmakers, kinderrechtenorganisaties en de Kinderombudsman met elkaar verder in gesprek. Het doel is om hier afspraken te maken over de inzet van verschillende partijen op kinderrechten. Omdat deze cyclus jaarlijks opnieuw plaatsvindt, worden blijvende stappen gezet om kinderrechten in Nederland verder te versterken.

Vraag 58

Kunnen de «diverse subsidies», waardoor de realisatie van het budget Kennis in informatiebeleid met € 2,2 miljoen hoger is uitgevallen, nader worden toegelicht?

Antwoord:

Er zijn onder andere middelen vanuit andere onderdelen van de begroting naar het budget kennis in informatiebeleid overgeboekt. Deze middelen zijn ingezet voor het onderdeel Maatschappelijke Diensttijd (MDT) van de instellingssubsidie aan Nationale Jeugdraad (NJR) en voor het Programma Erasmus+ Jeugd & Sport en European Solidarity Corps 2023. Verder betreft het loonprijsbestelling van de instellingssubsidies aan stichting Defence for Children, Nationale jeugdraad(NJR) en Stichting Nederlands Jeugd instituut (NJI).

Vraag 59

Kan er, ondanks de toelichting in de 2e suppletoire begroting, nader worden uitgelegd wat er is gebeurd met het restant van € 7,1 miljoen uit de pot voor tegemoetkomingregeling slachtoffers jeugdhulp? Waarom zijn deze gelden niet ingezet en wat zijn de nieuwe bestemmingen van deze gelden?

Antwoord:

Deze onderuitputting is veroorzaakt doordat er minder middelen nodig bleken dan vooraf gereserveerd voor de tegemoetkomingsregeling van slachtoffers in de jeugdzorg. Er waren dus voldoende middelen beschikbaar om alle aanvragen in behandeling te kunnen nemen en de tegemoetkomingen uit te keren. Er zijn derhalve geen gevolgen voor de doelstellingen van de regeling. De onderuitputting van € 7,1 miljoen is in het najaar 2023 vrijgevallen ten benen hoeven van het algemene beeld.

Vraag 60

Kunt u toelichten wat de huidige status is van het projectplan naar aanleiding van het rapport «Deel en Verbind – Nederland, Nederlands-Indië, Indonesië»?

Antwoord:

In de brief van 4 juli 2023 is uiteengezet op wat voor manier de adviezen uit het rapport van de commissie Versterking Kennis Geschiedenis Voormalig Nederlands-Indië worden opgevolgd. Hierbij kan grofweg onderscheid worden gemaakt tussen acties gericht op het formele onderwijs enerzijds, inclusief randvoorwaardelijke initiatieven die de positie van leraren versterken en de informatievoorziening verbeteren, anderzijds (educatieve en culturele) initiatieven gericht op erfgoed en musea.¹⁷ Momenteel is de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bezig met de implementatie van de adviezen. Voor een uitgebreide toelichting op de voortgang van de opvolging van de adviezen wordt verwezen naar de brief die op 12 april 2024 naar de Tweede Kamer is verstuurd.¹⁸

Vraag 61

Hoeveel personen ontvangen anno 2024 op basis van de wetten en regelingen Verzetsdeelnemers & Oorlogsgetroffenen een pensioen of uitkering?

Antwoord:

Uit het jaarverslag van de Pensioen- en Uitkeringsraad (PUR) blijkt dat er op 1 januari 2024, 15.377 cliënten waren die een pensioen en/of uitkering ontvingen op basis van de wetten en regelingen voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen.

Vraag 62

Hoeveel mensen hebben in 2023 geen gebruik gemaakt van zorgtoeslag, terwijl zij hier wel recht op hadden?

Antwoord:

Het demissionaire kabinet vindt het belangrijk dat mensen die recht hebben op toeslagen daar ook gebruik van maken en onderkent dat niet-gebruik van toeslagen een van de problemen van het toeslagenstelsel is.

Het is niet bekend wat het niet-gebruik is van de zorgtoeslag in 2023, vanwege de nog ontbrekende inkomens- en vermogensgegevens uit de belastingaangiftes 2023. Bovendien is het ingewikkeld om exact vast te stellen hoeveel mensen een toeslag niet aanvragen maar hier wel recht op hebben. Cijfers over de hoogte van niet-gebruik zijn dus altijd schattingen. De laatste schatting was over het jaar 2022, toen besloeg het geschatte niet-gebruik zo'n 11,5%.

Het monitoren en terugdringen van het niet-gebruik is een prioriteit van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en van de Dienst Toeslagen. Zo zijn er afgelopen jaren succesvolle pilots uitgevoerd waarbij mensen die in aanmerking lijken te komen én geen zorgtoeslag ontvangen worden geattendeerd. Om het aanvragen van toeslagen te stimuleren en het niet-gebruik terug te dringen is de Dienst Toeslagen daarnaast gestart met een brede aanpak op niet-gebruik. Dit doen ze langs vier sporen: een brede publiekscampagne, doelgroep- en themagericht attenderen, het benutten van bestaande contactmomenten en met het persoonlijk benaderen van individuele burgers.

Om beter inzichtelijk te krijgen wat het niet-gebruik is, werkt de Dienst Toeslagen en het Ministerie van VWS samen met een extern onderzoeksbureau aan een verkenning op het ontwikkelen van een monitor. Deze verkenning loopt tot het zomerreces. Indien de juiste gegevensbronnen beschikbaar zijn volgt in het najaar de monitor op niet-gebruik. Zodra de uitkomsten bekend zijn zal uw Kamer geïnformeerd worden.

¹⁷ Kamerstukken II 2022/2023, 26 049, nr. 119

¹⁸ Kamerstukken II 2023/2024, 20 454, nr. 201

Vraag 63

Op welke manier wordt aandacht besteed aan de werkdruk bij het RIVM?

Antwoord:

De aanpak van werkdruk in combinatie met de herstelbehoefte van de medewerkers is een belangrijk aandachtspunt voor het RIVM. Er wordt onder andere ingezet op preventieve middelen door een intensivering van sociaal-medische overleggen, extra inzet van bedrijfsartsen en preventieve spreekuren bij bedrijfsmaatschappelijk werk. Binnen het RIVM wordt tevens gewerkt aan een systemische benadering van werkdruk waarbij wordt onderzocht welke cultuurpatronen werkdruk in stand houden en hoe deze doorbroken kunnen worden.

Onlangs heeft het RIVM ook onderzoek gedaan naar maatschappelijke ontwikkelingen en de impact op psychosociale arbeidsbelasting.

Onderzocht wordt hoe deze inzichten meegenomen kunnen worden in de aanpak van werkdruk binnen het RIVM. Ook voert het RIVM dit jaar de Risico Inventarisatie en Evaluatie – Psychosociale Arbeidsbelasting (RI&E-PSA) uit.

Vraag 64

Kan er een toelichting komen op de € 381,8 miljoen aan voorschotten die betrekking hebben op de wetten Wereldoorlog II? Wat is de bestemming van dit geld en hoe is tot dit bedrag gekomen?

Antwoord:

Dit betreft het voorschot dat is verstrekt aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) voor de uitvoering van de wetten en regelingen voor verzetsdeelnemers en oorlogsgetroffenen. Dit betreft de voorschotten voor 2022 en 2023. Na de vaststelling worden de voorschotten omgezet in een definitieve vergoeding. De hoogte van de voorschotten wordt mede bepaald naar aanleiding van de jaarlijkse begroting die de SVB indient bij het Ministerie van VWS.

Vraag 65

Hoeveel besteden zorgverzekeraars aan fraudeopsporing en hoeveel hebben ze opgespoord en teruggehaald?

Antwoord:

Het opsporen van fraude is een opstelsom van velerlei maatregelen die zorgverzekeraars nemen. Het is daarom lastig te concretiseren hoeveel zorgverzekeraars besteden aan fraudeopsporing. De maatregelen die o.a. worden genomen om fraude te beheersen zijn: preventieve maatregelen in de vorm van screening van zorgaanbieders en personeel en aangepaste polis- en contractvoorwaarden, aanstellen en opleiden van specifieke medewerkers die fraude signaleren, inregelen van controles, al dan niet in de vorm van bepaalde software en inrichten van afdelingen die fraude onderzoeken en afhandelen.

Over de afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars gerapporteerd hoeveel fraude zij jaarlijks hebben vastgesteld. De laatst gepubliceerde cijfers zijn van 2021, waarin de vastgestelde fraude € 17 miljoen is. De resultaten van de fraudeonderzoeken van 2023 worden nu verzameld. De publicatie van deze resultaten volgt na juli 2024.

Vraag 66

Hoe ontwikkelden de zorguitgaven zich de afgelopen tien jaar in relatie tot het BBP?

Antwoord:

In onderstaande tabel staat de netto zorguitgaven onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (BBP) in de jaren 2014–2023.

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

Ontwikkeling netto zorguitgaven in relatie tot ontwikkeling BBP 2014–2023 (bedragen x € 1 miljard)

	Basjaar 2013	2014	2015	2016	2017 ¹	2018 ¹	2019	2020	2021 ²	2022	2023
Netto zorguitgaven											
UPZ (€)	64	64	64	66	63	66	70	74	78	82	88
Groei van de netto zorguitgaven (€)		0	0	2	-3	3	4	4	3	4	6
Groei van de netto zorguitgaven (%)		0%	-1%	3%	-5%	5%	6%	6%	4%	5%	8%
BBP (€)	661	672	690	708	738	774	813	797	871	959	1.033
Groei BBP (€)		11	18	18	30	36	39	-17	74	88	75
Groei BBP (%)		2%	3%	3%	4%	5%	5%	-2%	9%	10%	8%
Netto zorguitgaven											
UPZ / BBP (%)	9,7%	9,6%	9,2%	9,3%	8,5%	8,5%	8,6%	9,3%	8,9%	8,5%	8,5%

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.

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

Bron: VWS- en CPB-cijfers

Vraag 67

Kunt u toelichten waarom bij de Integraal Zorgakkoord (IZA)-sectoren sprake is van € 225,6 miljoen hogere uitgaven, terwijl bij de niet-IZA-sectoren juist sprake is van € 67,9 miljoen lagere uitgaven?

Antwoord:

In elk begrotingsstuk van VWS wordt de nieuwste informatie van de uitgaven van de Zvw verwerkt. Deze actualisatiecijfers ontvangt VWS in de vorm van kwartaalrapportages van het Zorginstituut. Hierin kunnen zowel onder- als overschrijdingen bij de verschillende Zvw-sectoren zitten. De stijging in 2023 bij de IZA-sectoren wordt voor een groot deel verklaard door een opwaartse bijstelling bij de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) van € 165 miljoen ten opzichte van de stand in de 2^e suppletore begroting. In de 2^e suppletore begroting 2023 waren de uitgaven MSZ op basis van 3^e kwartaalcijfers van het Zorginstituut nog verlaagd met € 152 miljoen. Deze neerwaartse bijstelling bleek op basis van een nieuwe rapportage van het Zorginstituut onterecht en is in het jaarverslag gecorrigeerd. Met een omvang van € 28 miljard van de MSZ leiden relatief beperkte wijzigingen (< 1 procent) tot bijstellingen in deze orde van grootte.

Bij de niet-IZA-sectoren is sprake van € 67,9 miljoen lagere uitgaven vergeleken met de stand bij de 2^e suppletore begroting. Dit wordt vooral veroorzaakt door een neerwaartse bijstelling van € 70,3 miljoen van de IZA-transformatiemiddelen. Hoewel deze middelen uiteraard te maken hebben met het IZA, valt dit onder de categorie niet-IZA-sectoren. Alleen de uitgaven onder de MSZ, ggz, wijkverpleging, huisartsen en MDZ vallen

onder de IZA sectoren. De inzet van de transformatiemiddelen in 2023 blijken nog relatief beperkt in verband met de aanloop naar besluitvorming en feitelijke uitvoering van transformatieplannen.

Vraag 68

Wanneer wordt de duiding en het advies over de effectiviteit van paramedische herstellzorg covid van het Zorginstituut verwacht?

Antwoord:

Het standpunt van het Zorginstituut over de effectiviteit van herstellzorg wordt eind juni verwacht.

Vraag 69

Is alle coronagerelateerde inhaalzorg inmiddels afgerond?

Antwoord:

Er is geen sprake meer van inhaalzorg of uitgestelde zorg vanwege de coronapandemie. De mensen die toen op de wachtlijst stonden zijn ondertussen geholpen. De NZa monitort niet meer de zogenoemde «inhaalzorg», maar De NZa brengt wel drie keer per jaar de monitor «Toegankelijkheid van zorg» uit waarin een beeld wordt gegeven van de toegankelijkheid van de verschillende sectoren waaronder de medisch specialistische zorg (msz).

Vraag 70

Hoeveel premieschuld staat er open en hoeveel wanbetalers van de zorgpremie zijn er?

Antwoord:

De totale openstaande bestuursrechtelijke premie ultimo 2022 betrof € 513 miljoen¹⁹. In het najaar 2024 ontvangt uw Kamer de Verzekerdenmonitor 2024 met daarin de stand ultimo 2023. De totale openstaande zorgpremie bij zorgverzekeraars is niet bekend.

Per 1 mei 2024 werd aan 180.216 verzekerden de bestuursrechtelijke premie opgelegd.

Vraag 71

Wat hebben de eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) opgeleverd, in totaal en per zorgsoort?

Antwoord:

Uw Kamer is met de brief²⁰ van 8 mei jl geïnformeerd over de resultaten van de monitor naar stapeling van eigen bijdragen in de zorg. Hieruit blijkt dat in 2021 11,1 miljoen personen eigen risico voor zorg uit de Zvw betaalden en 2,2 miljoen personen een eigen bijdrage voor zorg uit de Zvw betaalden. De gemiddelde uitgaven aan het eigen risico bedroegen € 23 per maand en de gemiddelde eigen bijdrage € 5 per maand. In totaal werd er in het jaar 2021 ruim € 3 miljard aan eigen risico betaald en zo'n € 130 miljoen aan eigen bijdragen Zvw.

In deze monitor zijn de volgende eigen bijdragen Zvw meegenomen: eigen bijdragen voor extramurale farmacie, ziekenvervoer, kraamzorg en mondzorg. Een verdere uitsplitsing van eigen bijdragen naar zorgsoort is op korte termijn niet mogelijk, want dit vergt nadere analyse. Ook zal het niet eenvoudig zijn om een goede uitsplitsing van eigen risico betalingen naar zorgkosten te maken. De eigen bijdragen voor hulpmiddelen ontbreken overigens in deze monitor. Er wordt op dit moment, in overleg

¹⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, 29 689, nr. 1234

²⁰ Kamerstukken II, 2023–2024, 29 689, nr. 1248

met zorgverzekeraars bezien, of de eigen bijdrage voor hulpmiddelen ook opgenomen kunnen worden in de monitor.

Vraag 72

Hoeveel aanvragen regeling slachtoffers geweld in jeugdzorg zijn er in 2023 ingediend?

Antwoord:

Op 31 december 2022 is de Tijdelijke regeling financiële tegemoetkoming voor slachtoffers van geweld in de jeugdzorg gestopt. Schadefonds geweldsmisdrijven geeft aan dat in 2023 nog 61 aanvraagformulieren per post zijn binnengekomen