

Vergaderjaar 2017–2018

34 950 XVI

Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2017

Nr. 7

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 6 juni 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het jaarverslag van 16 mei 2018 inzake het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2017 (Kamerstuk 34 950 XVI, nr. 1).

De Ministers en de Staatssecretaris hebben deze vragen beantwoord bij brief van 15 juni 2018. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Vraag 1

Wat zijn de ontvangen bedragen uit de tabaksaccijnsverhogingen in de jaren 2010–2017? Gaarne in een tabel uit te drukken met links de tabaksaccijnsverhogingen en rechts de reële opbrengsten van die verhogingen.

Antwoord 1:

Jaartal	Raming tabaksaccijnsverhoging in miljoenen euro's (enkelvoudig)	Opbrengst van de tabaksaccijnsverhogingen
2010	65	Niet beschikbaar
2011	178	Niet beschikbaar
2012	33	Niet beschikbaar
2013	368	Niet beschikbaar
2014	3	Niet beschikbaar
2015	80	Niet beschikbaar
2016	58	Niet beschikbaar
2017	42	Niet beschikbaar

In bovenstaande tabel staan in de middelste kolom de ramingen weergegeven van de verhogingen van de tabaksaccijns die betrekking hebben op de jaren 2010 tot en met 2017. Bij het opstellen van de ramingen werd voor de jaren tot en met 2017 geen rekening gehouden met gedragseffecten. Gedragseffecten, bijvoorbeeld hogere prijzen leiden tot minder verkoop en drukken doorgaans het effect van een lastenverzwaring. Voor beleidsmaatregelen vanaf het jaar 2018 is wel met gedragseffecten gerekend.

Het is niet mogelijk om aan te geven wat de daadwerkelijke opbrengst is van de accijnsverhoging. In de realisaties is alleen de totale opbrengst van de tabaksaccijns zichtbaar en niet van de verhoging. Hierbij is het niet mogelijk om de endogene ontwikkeling (bijvoorbeeld economische, trendmatige, en dergelijke) te scheiden van de beleidsmatige ontwikkeling.

Vraag 2

Wat zijn de gemiddelde kosten voor verblijf van een jaar lang in een verzorgingshuis en wat zijn de gemiddelde kosten voor iemand die langer thuis moet blijven wonen?

Antwoord 2:

De gemiddelde kosten voor verblijf van een jaar lang in een verzorgingshuis zijn circa € 59.000. Dit betreft de kosten voor de zorg (exclusief behandeling) inclusief vergoeding voor kapitaallasten. Deze kosten per jaar zijn afgeleid van de productieafspraken die zorgkantoren in 2017 hebben gemaakt voor de zorgzwaartepakketten zonder behandeling en 100% normatieve huisvestingscomponent, waarbij de gemiddelde dagprijs € 160 bedraagt (bron: NZa).

De gemiddelde uitgaven voor een thuiswonende oudere variëren van € 450 per jaar voor zorgtrede 1 tot € 21.600 voor zorgtrede 5 met zware zorg en ondersteuning uit de Wmo en wijkverpleging uit de Zvw of mpt/pgb uit de Wlz of vormen van kortdurend verblijf. In de Monitor Zorg voor ouderen van de NZa, die ik uw Kamer op 19 april 2018 (Kamerstuk 31 765, nr. 319) heb doen toekomen, staan de gemiddelde uitgaven per zorgtrede. De NZa onderscheidt zes zorgtrede waarbij het zorggebruik wordt ingedeeld in treden van relatief lichte naar zware zorg en ondersteuning. Zorgtrede 6 betreft ouderen die zijn opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis of die een volledig pakket thuis ontvangen via de Wlz. De gemiddelde uitgaven in zorgtrede 6 zijn ruim € 60.000 per jaar. Doordat dit het gemiddelde is van verzorgingshuis, verpleeghuis en vpt en doordat sommige ouderen in trede 6 pas gedurende het jaar

worden opgenomen en kosten maken, is trede 6 minder vergelijkbaar met een verblijf van een jaar lang in een verzorgingshuis.

Vraag 3

Wat zijn de gemiddelde kosten voor verblijf van een jaar lang in een verpleeghuis en wat zijn de gemiddelde kosten voor iemand die langer thuis moet blijven wonen?

Antwoorden 3:

De gemiddelde kosten voor verblijf van een jaar lang in een verpleeghuis zijn circa € 83.000. Dit betreft de kosten voor de zorg (inclusief behandeling) inclusief vergoeding voor kapitaallasten. Deze kosten per jaar zijn afgeleid van de productieafspraken die zorgkantoren in 2017 hebben gemaakt voor de zorgzwaartepakketten met behandeling en 100% normatieve huisvestingscomponent, waarbij de gemiddelde dagprijs € 226 bedraagt. (bron: NZa)

De gemiddelde uitgaven voor een thuiswonende oudere variëren van € 450 per jaar voor zorgtrede 1 tot € 21.600 voor zorgtrede 5 met zware zorg en ondersteuning uit de Wmo en wijkverpleging uit de Zvw of mpt/pgb uit de Wlz of vormen van kortdurend verblijf. In de Monitor Zorg voor ouderen van de NZa, die ik uw Kamer op 19 april 2018 heb doen toekomen, staan de gemiddelde uitgaven per zorgtrede. De NZa onderscheidt zes zorgtreden waarbij het zorggebruik wordt ingedeeld in treden van relatief lichte naar zware zorg en ondersteuning. Zorgtrede 6 betreft ouderen die zijn opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis of die een volledig pakket thuis ontvangen via de Wlz. De gemiddelde uitgaven in zorgtrede 6 zijn ruim € 60.000 per jaar. Doordat dit het gemiddelde is van verzorgingshuis, verpleeghuis en vpt en doordat sommige ouderen in trede 6 pas gedurende het jaar worden opgenomen en kosten maken, is trede 6 minder vergelijkbaar met een verblijf van een jaar lang in een verpleeghuis.

Vraag 4

Wat kost een gemiddelde plek een jaar lang in een verpleeghuis?

Antwoord 4:

Een gemiddelde plek een jaar lang in een verpleeghuis kost circa € 83.000. Dit betreft de kosten voor de zorg (inclusief behandeling) inclusief vergoeding voor kapitaallasten. Deze kosten per jaar zijn afgeleid van de productieafspraken die zorgkantoren in 2017 hebben gemaakt voor de zorgzwaartepakketten met behandeling en 100% normatieve huisvestingscomponent, waarbij de gemiddelde dagprijs € 226 bedraagt (bron: NZa).

Vraag 5

Wat kost een gemiddelde plek een jaar lang in een verzorgingshuis?

Antwoord 5:

Een gemiddelde plek een jaar lang in een verzorgingshuis kost circa € 59.000. Dit betreft de kosten voor de zorg (exclusief behandeling) inclusief vergoeding voor kapitaallasten. Deze kosten per jaar zijn afgeleid van de productieafspraken die zorgkantoren in 2017 hebben gemaakt voor de zorgzwaartepakketten zonder behandeling en 100% normatieve huisvestingscomponent, waarbij de gemiddelde dagprijs € 160 bedraagt (bron: NZa).

Vraag 6

Wat kost het gemiddeld om langer thuis te blijven wonen met wijkverpleging en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)?

Antwoord 6:

In de Monitor Zorg voor ouderen van de NZa, die ik uw Kamer op 19 april 2018 (Kamerstuk 31 765, nr. 319) heb doen toekomen, staan de gemiddelde uitgaven per zorgtrede. De NZa onderscheidt zes zorgtrede waarbij het zorggebruik wordt ingedeeld in treden van relatief lichte naar zware zorg en ondersteuning. Zorgtrede 4 betreft thuiswonende ouderen die tijdens de afgelopen zes maanden tijdelijk (niet meer dan 3 maanden) gebruik maken van persoonlijke verzorging uit de Wmo en wijkverpleging uit de Zvw, of mpt/pgb uit de Wlz, of vormen van kortdurend verblijf. Dit is dus exclusief huisvestingskosten. In 2016 bedroegen de gemiddelde gedeclareerde uitgaven voor de thuiswonende ouderen in zorgtrede 4 circa € 12.800. Zorgtrede 5 betreft de fase waarbij een client thuis woont met structureel (meer dan 3 maanden in de afgelopen halfjaar) persoonlijke verzorging en verpleging thuis en/of korte opvang in een tehuis. In 2016 bedragen de gemiddelde uitgaven voor de thuiswonende oudere in zorgtrede 5 circa € 21.600. Naast wijkverpleging omvat dit bedrag ook de uitgaven aan andere zorg uit de Zvw, bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuiszorg en farmacie, en maatwerkondersteuning uit de Wmo.

Vraag 7

Welke extra kosten maken ouderen die langer thuis blijven wonen, die ze niet in een verzorgingshuis zouden maken?

Antwoord 7:

Als ouderen thuis wonen met een Volledig Pakket Thuis uit de Wlz maken zij kosten voor de huisvesting die zij niet zouden maken als zij in een verzorgingshuis wonen. Als ouderen thuis wonen met een Modulair Pakket Thuis of een pgb uit de Wlz maken zij behalve kosten voor de huisvesting ook kosten voor het eten en drinken. Als ouderen thuis wonen met wijkverpleging vanuit de Zvw en ondersteuning vanuit de Wmo, betalen zij eveneens zelf de huisvesting en het eten en drinken. Hier staat tegenover dat ouderen die thuis wonen een lagere eigen bijdrage betalen dan dat zij in een verzorgingshuis zouden betalen. Een eigen bijdrage is niet verschuldigd als zij alleen gebruik maken van wijkverpleging vanuit de Zvw. Ook kunnen mensen thuis eventueel huurtoeslag ontvangen. Het financiële verschil tussen thuis wonen of in een verzorgingshuis kan voor iedere oudere anders uitpakken afhankelijk van zijn persoonlijke situatie zoals de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage en de hoogte van de woonlasten.

Vraag 8

Zijn de kosten per oudere gedaald sinds de decentralisaties? Of is er een stijging van de kosten? Kunt u dit kwantificeren?

Antwoord 8:

Volgens de Monitor Zorg voor ouderen van de NZa (dit is de meest recente informatie in dezen) laten de gemiddelde gedeclareerde uitgaven per oudere van 2013 tot en met 2015 een dalende trend zien. De daling is zichtbaar bij de thuiswonende ouderen in zorgtrede 1 t/m 5 (zie voor toelichting op het zorgtredenmodel het antwoord op vraag 2). In de monitor is daarentegen een duidelijke groei te zien van de gemiddelde uitgaven per oudere die niet meer zelfstandig thuiswonen (zorgtrede 6), terwijl het aandeel van deze ouderen op het totaal licht daalt.

Vraag 9

Hoeveel gemeenten indiceren huishoudelijke verzorging via resultaatgericht indiceren?

Antwoord 9:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie.

Vraag 10

Hoeveel rechtszaken hebben afgelopen jaar plaatsgevonden over de Wmo?

Antwoord 10:

Gezien het decentrale karakter van de Wmo 2015, wordt er door mij geen overzicht bijgehouden hoeveel rechtszaken zijn aangespannen tegen besluiten genomen door gemeenten op basis van de Wmo 2015. De Raad voor de Rechtspraak beschikt wel over dit soort gegevens. Op basis van een analyse die zij hebben gedaan, zijn er in 2017, 1.200 rechtszaken betreffende de Wmo¹ ingediend. In totaal zijn er 1.400 Wmo-zaken afgehandeld in 2017. Ten opzichte van de jaren 2015 en 2016 is dat een daling. In die jaren zijn er respectievelijk 2.200 en 1.900 Wmo-zaken ingediend en 1.600 en 2.300 afgehandeld.

Vraag 11

Kunt u een overzicht sturen van uitspraken van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) en van lagere rechters over gemeenten die in strijd gehandeld hebben met de Wmo?

Antwoord 11:

Er wordt door mij geen overzicht bijgehouden van uitspraken van de Centrale Raad van Beroep en van lagere rechters over gemeenten die in strijd gehandeld hebben met de Wmo 2015.

Vraag 12

Hoeveel gemeenten subsidiëren schoonmaakbedrijven voor huishoudelijke verzorging?

Antwoord 12:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie.

Vraag 13

In hoeveel gemeenten worden zorgbehoevende mensen gekort in hun uren thuiszorg?

Antwoord 13:

Op basis van de Wmo 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk om zorgbehoevende inwoners de zorg en ondersteuning te bieden die passend is bij de specifieke situatie van deze persoon. Ik beschik niet over de gevraagde informatie.

Vraag 14

Kunt u een inventarisatie geven van de in de verschillende zorgsectoren opererende praktijk- en aanjaagteams, ambassadeurs, overleg- en regietafels?

Antwoord 14:

VWS is continu in gesprek met cliënten, medewerkers, zorg- en branche-organisaties in alle zorgsectoren. Dit is een essentieel onderdeel van ons werk en is op verschillende wijze georganiseerd. Er zijn ook initiatieven door derden gestart, waarbij VWS soms wel, soms niet (actief) betrokken is. Hieronder treft u daarom een opsomming aan van de meeste praktijk-, aanjaagteams, ambassadeurs, overleg- en regietafels:

Domein Curatieve Zorg

- Schakelteam Personen met Verward gedrag

¹ Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de «oude» Wmo uit 2007 en de Wmo 2015.

- Praktijkteam zorg op de juiste plek
- Praktijkteam Preventie in het zorgstelsel
- Platform Inkoopkracht Dure Geneesmiddelen
- Patiëntendialoog bij geneesmiddelen in de sluis
 - Samenwerking patiëntenorganisatie en behandelaren inzake triage voor dringende behandelbehoefte Spinraza tijdens de sluis
- Patiëntendialoog «wisselen van medicatie».
- Er komt een nieuw type «klankbordgroep» t.b.v. implementatie Actieve Donor Registratie (ADR)

Domein Volksgezondheid

- Programmaraad Alles is Gezondheid
- Founding partners Institute for Positive Health
- Stuurgroep depressie preventie
- Ambassadeur Gezond in
- JOGG (Jongeren op gezond Gewicht) regisseurs in gemeenten.
- Gezonde School makelaars in gemeenten
- Netwerk bijeenkomsten Sport & Bewegen in de buurt
- LOT² directeuren overleg
- Netwerk grenzeloos actief
- Netwerk Kracht van sportevenementen

Domein Langdurige Zorg, Maatschappelijke Ondersteuning en Jeugd

- Naar aanleiding van de recent gelanceerde programma's zoals «Langer thuis», Zorg voor Jeugd en (ont)Regel de zorg worden nieuwe initiatieven genomen om veldpartijen te ondersteunen.
- Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ)
- Ondersteuningsteam Zorglandschap Specialistische Jeugdhulp
- Aanjager thuiszitterspact
- Sparringstafel complexe casuïstiek
- Praktijkteam palliatieve zorg
- HLZ-tafel
- Netwerk directeuren sociaal domein

Domein Arbeidsmarkt

- Zorgpact (arbeidsmarkt)

Overig

- Informatieberaad Zorg
- Team Ontregel de zorg
- Taskforce Zorg op de juiste plek

Vraag 15

Wat is het huidige percentage zorgmijding en hoe verhoudt dit zich ten opzichte het percentage ten tijde van het ziekenfonds?

Antwoord 15:

De meest recente gegevens over zorgmijding – gebaseerd op objectieve data zoals zorgregistraties en declaratiecijfers – staan in het onderzoek van het Nivel naar de omvang en aard van zorgmijding. Dit onderzoek is, inclusief een beleidsmatige reactie, op 28 oktober 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 664) aan de Kamer aangeboden.

² Landelijk Overleg Thema-instituten

Het Nivel-onderzoek laat zien dat de stijging van het verplicht eigen risico niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Een vragenlijst wijst uit dat 3% van de mensen vanwege financiële redenen afziet van een huisartsenbezoek. Dit percentage is sinds 2009 gelijk gebleven. Daarnaast laten declaratiedata geen toename van het afzien van huisartsenzorg in bepaalde groepen zien.

Verder haalde in 2013 28% van de verzekerden een geneesmiddel niet op. Dit percentage ligt lager dan in 2008 en 2009. Toen haalde respectievelijk 34% en 35% van de verzekerden een geneesmiddel niet op. In 2013 heeft 27% van de verzekerden een verwijzing naar de medisch specialist niet opgevolgd. De grootste stijging in het niet opvolgen van een verwijzing vond echter vóór de stijging van het verplicht eigen risico in 2013 plaats. Naar zorgmijding bij de no-claimteruggave is geen onderzoek gedaan ten tijde van het ziekenfonds (2005). Wel laat het CPB in een recente studie over de jaren 2006–2013 zien dat het verplicht eigen risico tot een grotere reductie in zorgkosten leidt dan de no-claimteruggave. Omdat de omvang van de mijding van noodzakelijke zorg niet bekend is, kan op basis hiervan niet geconcludeerd worden dat het verplicht eigen risico meer ongewenste zorgmijding tot gevolg heeft dan de no-claimteruggave had. Tot slot merk ik graag op dat het kabinet heeft besloten het verplicht eigen risico in de periode 2019–2021 te fixeren op € 385 per jaar. Het kabinet is niet van plan andere maatregelen te nemen aangaande het eigen risico.

Vraag 16

Wat waren de gemiddelde wachttijden voor heupoperaties, knieoperaties, cataract en borstkankeroperaties in Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Zweden, België en Duitsland in de periode 2012–2017?

Antwoord 16:

De OECD publiceert jaarlijks Health at a Glance. Hierin worden stelsels van gezondheidszorg en aspecten daarin met elkaar vergeleken. Ook wordt voor een aantal behandelingen de wachttijd vergeleken. In de laatste uitgave is een vergelijking van de wachttijd bij de behandeling van cataract, heup- en knieoperaties opgenomen³. Daaruit blijkt dat Nederland internationaal gezien korte wachttijden heeft voor deze ingrepen. Borstkankeroperaties worden in dit overzicht niet meegenomen. Uit Nederlandse cijfers⁴ blijkt dat de doorlooptijd van een mammacarcinoom-behandeling doorgaans binnen vijf weken plaatsvindt.

Vraag 17

Wat betekenen de onderschrijdingen op het Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor het toekomstige beleid en de ontwikkeling van de zorgpremie?

Antwoord 17:

Een groot deel (€ 1,4 miljard) van de onderschrijding van het BKZ van € 2,6 miljard was reeds verwerkt in de VWS-begroting 2017. In de VWS-begroting 2018 (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 1) was dit al opgelopen naar € 1,7 miljard. Bij het bepalen van het beleid in die begroting is dus al met het grootste deel van de onderschrijding rekening gehouden. Van de nadere onderschrijding is bezien wat daarvan de doorwerking naar latere jaren is. Dat is gemeld in de Voorjaarsnota 2018 (Kamerstuk 34 960, nr. 1). Voor zover onderschrijdingen bij de uitgaven doorwerken naar latere jaren drukken die de premiestijging in latere jaren.

Vraag 18

³ (OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)

⁴ NABON Breast Cancer Audit (NBCA)-DICA-registratie, <https://dica.nl/jaarrapportage-2016/nbca>

In hoeverre bestaat er een verband tussen de onderbesteding in de wijkverpleging en de bestuurlijke akkoorden?

Antwoord 18:

Op basis van (voorlopige) gegevens van het Zorginstituut is in 2017 een onderschrijding te zien op het budgettaire kader wijkverpleging van circa € 100 miljoen. Daar waar realisaties afwijken van het beschikbare budget wordt gezien of het budgettaire kader voor de komende jaren (structureel) wordt aangepast. Zo wordt ook de onderschrijding 2017 geacht structureel door te werken. Voor 2018 zijn echter al afspraken met de sector gemaakt over het maximale budgettaire kader in het bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018. Het mbi-kader 2018 blijft daarom beschikbaar voor de sector en wordt niet aangepast naar aanleiding van de onderschrijding in 2017.

Een aantal bijstellingen is gedaan omdat de (voorlopige) realisaties afwijken van de raming. Daarnaast is het zo dat bij de hervorming van de langdurige zorg per 1 januari 2015 middelen van de AWBZ zijn verdeeld over de Wlz, Wmo, Jeugdwet en Zvw. Bij deze verdeling was geen rekening gehouden met het feit dat een deel van de circa 500.000 cliënten met een extramurale indicatie toch een Wlz-profiel heeft en alsnog zorg via de Wlz ontvangt (de zogenaamde quasi Wlz indiceerbaren). Het ging daarbij om circa 12.000 cliënten waarvan teveel middelen zijn toegedeeld aan de Zvw. Deze correctie heeft geleid tot een structurele neerwaartse correctie van € 144 miljoen in 2017 en volgende jaren.

De onderschrijding van € 87,8 miljoen is het saldo van diverse onderliggende mutaties (loon- en prijsbijstelling 2017, kwaliteitsgelden wijkverpleging, overgangsrecht Wlz-indiceerbaren, uitvoeringskosten trekkingsrecht PGB voor de Zvw-PGB's en een correctie op de eerdere overheveling vanuit de AWBZ). Zie voor de complete tabel de eerste suppletoire begroting 2017 (Kamerstuk 34 930 XVI, nr. 1). De bijstelling van € 101,9 miljoen wordt gedaan omdat de realisatiecijfers afwijken van het beschikbare budget.

Zorgverzekeraars moeten vanuit hun zorgplicht voldoende goede zorg inkopen voor hun verzekerden. Zij maken daarvoor contractafspraken met aanbieders over de kwaliteit, tijdigheid, bereikbaarheid en doelmatigheid van de zorg, zo ook voor de wijkverpleging. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht. In de wijkverpleging hebben zich in korte tijd veel veranderingen voorgedaan. Het aantal patiënten neemt toe doordat mensen langer thuis blijven wonen, ouder worden en minder lang in het ziekenhuis blijven. De zorgvraag is complexer dan voorheen.

Tegelijkertijd dreigt er binnen de sector een tekort aan personeel om deze zorgvraag op te vangen. Er ligt dus een enorme uitdaging in het veld, waarbij moet worden gezocht naar manieren waarop zo doelmatig mogelijk wordt omgegaan met de beschikbare capaciteit.

Dat is voor mij reden om met partijen afspraken te willen maken in een meerjarig hoofdlijnenakkoord voor de wijkverpleging 2019 tot en met 2022. In het onderhandelaarsakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022 dat op 24 mei 2018 naar de Kamer is gestuurd, is met partijen afgesproken dat van de ca. € 100 miljoen aan onderschrijding die in 2017 te zien is, € 50 miljoen beschikbaar blijft voor de sector om de ambities van het akkoord (o.a. actieplan arbeidsmarkt en zorg op de juiste plek) te kunnen realiseren. In dit kader is het ook relevant om de afspraken in dit akkoord te noemen over kwaliteit en transparantie en over het contracteren en het verhogen van de contracteergraad. Ik wil hiermee partijen voldoende financiële ruimte bieden om de vraagstukken in de wijkverpleging

gezamenlijk aan te pakken. Het meerjarig perspectief geeft de ruimte om in structurele oplossingen te investeren.

In de jaarlijkse monitor contractering wijkverpleging brengt de NZa verslag uit over de ervaringen met contractering en de (omvang van de) inkoop van de wijkverpleging. De NZa inkoopmonitor wijkverpleging 2017 heeft geen verklaring over de reden van het niet volledig uitputten van het beschikbare budget. De NZa heeft in deze monitor aangegeven te vrezen dat (te) scherpe inkopen ten koste gaat van de kwaliteit van zorg en deskundigheid van personeel. Een zorgaanbieder kan immers alleen personeel van een hoog deskundigheidsniveau aannemen en behouden wanneer ze hiervoor voldoende kostendeckende tarieven hebben. De NZa uitte in de monitor 2017 deze zorg over casemanagement dementie. De rapportage over 2018 laat zien dat regionaal verbeteringen zijn doorgevoerd.

Vraag 19

Hoe valt de versterking van de wijkverpleging, ten behoeve van juiste zorg op de juiste plek, te rijmen met de onderbesteding in de wijkverpleging?

Antwoord 19

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 20

In hoeverre bestaat er een verband tussen de onderbesteding in de wijkverpleging en de bestuurlijke akkoorden met onder andere partijen in de wijkverpleging?

Antwoord 20:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 21

Op welke manier wordt in het opleiden van mensen rekening gehouden met de gewenste verschuiving van zorg van het ziekenhuis naar de huisarts en de wijkverpleging, zodat er geen onnodig beroep wordt gedaan op dure medisch-specialistische zorg?

Antwoord 21:

Het aantal opleidingsplekken voor medisch specialisten en huisartsen dat VWS beschikbaar stelt wordt mede gebaseerd op het advies van het capaciteitsorgaan. Zij houdt in haar adviezen rekening met ondermeer taakherschikking (bijv. naar physician assistants en verpleegkundig specialisten) en substitutie van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Zij treedt hiervoor in overleg met het veld over de mate waarin taakherschikking en substitutie kan plaatsvinden. Hierbij wordt onder andere rekening gehouden met de mate van productiviteit bij het inzetten van verschillende professionals.

Vraag 22

Kunt u een overzicht geven op welke wijze de «financiële afspraken» over «het actieplan aanpak wachttijden» hebben bijgedragen aan de terugdringen van de wachtlijsten in 2017?

Antwoord 22:

De financiële afspraak is dat de onderuitputting van het ggz macrokader van € 288 miljoen in 2018 beschikbaar blijft voor de sector om de gemaakte afspraken ten aanzien van het terugdringen van de wachttijden te realiseren. Partijen geven op dit moment uitvoering aan de afspraken

waarbij er soms (extra) geld nodig is, en vaak ook niet. Zie ook de brief die ik aan uw Kamer heb gezonden op 10 april 2018 (Kamerstuk 25 424, nr. 396).

Overigens blijkt uit de contracteringscijfers voor 2018 dat door zorgverzekeraars in 2018, ten opzichte van 2017, voor € 109 miljoen extra gecontracteerd is in de ggz. Uit de cijfers blijkt niet waar deze extra middelen aan worden besteed. Zorgverzekeraars geven zelf aan dat het grotendeels volumeverruiming betreft, beschikbaar om wachttijden te kunnen wegwerken.

Vraag 23

Op welke manier wordt gestimuleerd dat meer gemeenten zich aansluiten bij Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) en wat is hierbij het streven?

Antwoord 23:

Momenteel werkt ongeveer één derde van de gemeenten met de JOGG-aanpak (136 gemeenten). Deze gemeenten behalen ook resultaten. Dit is wellicht de belangrijkste stimulans voor nieuwe gemeenten om aan te sluiten. De komende jaren streef ik ernaar dat zoveel mogelijk gemeenten met JOGG werken en dat de aanpak over heel Nederland verspreid is. Daarvoor informeert JOGG gemeenten, provincies en betrokken stakeholders zoals GGD'en en Regionale Sportservice organisaties, actief over de mogelijkheden van de JOGG-aanpak. Ook vinden er regionale bijeenkomsten plaats, waar de integrale aanpak centraal staat en waar ook gemeenten worden geïnteresseerd. Ten slotte draagt JOGG de JOGG-aanpak uit via promotie activiteiten (advertenties, social media, deelname beurzen etc). Het streven is dat zoveel mogelijk gemeenten met JOGG werkt. Ik stimuleer de JOGG-aanpak tijdens mijn werkbezoeken in het land en ik roep alle gemeenten op om met JOGG, en daarmee binnen een groot netwerk van gemeenten, te gaan werken aan de gezonde omgeving. Uitbreiding van het aantal JOGG-gemeenten zal naar verwachting ook worden besproken in het kader van het preventieakkoord.

Vraag 24

Aangegeven wordt dat het kabinet wil dat de doelen uit het Akkoord verbetering productsamenstelling in 2020 zijn gerealiseerd, kan aangegeven worden wat er gebeurt als de doelen niet gerealiseerd zijn in 2020?

Antwoord 24:

Uit de onlangs gepubliceerde tussenevaluatie (Kamerstukken 31 532 en 32 793, nr. 195) blijkt dat ook met extra reductiestappen de ambities van het Akkoord (zout-, verzadigd vet- en calorie-inname verlaging) niet geheel gehaald zullen worden in 2020. Ik ben met de betrokken partijen in gesprek over een vervolgaanpak. Ook met het Preventieakkoord zal komende jaren verder worden ingezet op een verbeterd voedingspatroon door de consument en een verbeterd productaanbod door het bedrijfsleven. Deze aandacht zal zeker ook na 2020 nodig blijven. Uw Kamer wordt aan einde van het jaar over de vervolgstappen verder geïnformeerd via de jaarlijkse brief over de voortgang van het Akkoord verbetering productsamenstelling.

Vraag 25

Hoeveel mensen uit de genoemde doelgroepen zijn bereikt met de opgezette innovatieve sport- en beweegprojecten om ouderen en chronisch zieken in beweging te brengen en te houden?

Antwoord 25:

Vanuit de SBIR (Small Business Innovation Research) zijn geen cijfers beschikbaar over het bereik van genoemde doelgroepen, dat is niet de

insteek. De SBIR Sport en Bewegen is erop gericht om ondernemers uit te dagen innovatieve ideeën te ontwikkelen om kwetsbare groepen in beweging te krijgen en te houden.

Vraag 26

Hoe pakken de afspraken in het akkoord voor de wijkverpleging over de kwaliteit en transparantie van de wijkverpleging, de samenwerking met gemeenten en de keuze-informatie voor patiënten, in de praktijk uit voor mensen met dementie en voor de levering van casemanagement dementie?

Antwoord 26:

Het bestuurlijk akkoord voor de wijkverpleging voor 2018 richt zich op de wijkverpleging in zijn geheel en maakte daarmee geen onderscheid in specialistische groepen. De resultaten van het bestuurlijk akkoord hebben zich onder andere geuit in het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden, het verbeteren van de samenwerking tussen verzekeraars en gemeenten en het vergroten van de keuzevrijheid van patiënten. Deze verbetertrajecten hebben een positief effect gehad op de kwaliteit en de levering van de wijkverpleging in het geheel. Casemanagement dementie profiteert hier – als onderdeel van de wijkverpleging – ook van.

Daarnaast is in 2017 ook specifiek ingezet op het verbeteren van de kwaliteit en de levering van casemanagement dementie vanuit het landelijk actieplan casemanagement. Hierin worden stappen gezet in het verbeteren van de inkoop van casemanagement dementie, het terugdringen van de wachtlijsten en het verbeteren van de kwaliteit van de functie. Ook vinden in het kader van het deltaplan dementie activiteiten plaats om de zorg en ondersteuning van mensen met dementie en hun mantelzorgers te verbeteren.

Vraag 27

Hoe vaak is al gebruikt gemaakt van de per 1 januari 2018 geïntroduceerde mogelijkheid om door middel van een extra registratiecode een vergoeding te ontvangen voor langere gesprekken in de zorgverlening?

Antwoord 27:

Zorgaanbieders kunnen een registratiecode gebruiken, zodat situaties waarbij samen beslissen substantieel meer tijd in beslag neemt dan een standaard consult geregistreerd kunnen worden. Deze wordt ook op de nota getoond. Deze registratiecode is per 1 januari jl. beschikbaar gekomen. Het is daardoor nog te vroeg om een overzicht te kunnen geven van het aantal keren dat gebruik gemaakt is van deze code.

De registratiecode vormt een onderdeel van een breder palet aan instrumenten dat ingezet kan worden om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de ziekenhuizen en de extra inspanning die wordt ingezet om volgens het samen beslissen model te gaan werken. Samen beslissen wordt nu al wel meegenomen in de contractonderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Vraag 28

Hoeveel gevallen van antibioticaresistentie waren er in 2017?

Antwoord 28:

Het is niet bekend hoeveel gevallen van antibioticaresistentie er in 2017 waren; zo kunnen gezonde mensen resistente bacteriën bij zich dragen zonder het te weten. We weten van de verschillende belangrijkste resistentievormen wel dat tussen de 5,0 en 8,6% van de Nederlandse bevolking drager is van ESBL, dat er ongeveer 4.000 Nederlanders besmet zijn met een MRSA-bacterie en dat CPE met zo'n 200 gevallen per jaar weinig voorkomt. In algemene zin kan gezegd worden dat het aantal

resistente bacteriën dat bij mensen infecties kan veroorzaken, de laatste jaren stabiel is gebleven.

Vraag 29

Welke acties worden er ondernomen om antibioticaresistentie te voorkomen en welke budgetten zijn hiervoor beschikbaar?

Antwoord 29:

In 2015 is het programma Antibioticaresistentie (ABR) gestart, dat tot en met 2019 loopt. Het doel van het programma ABR is om resistentie te voorkomen en de gevolgen van resistentie zoveel mogelijk terug te dringen. Antibioticaresistentie komt overal voor. Dat maakt een integrale aanpak (One Health) noodzakelijk, waarbij maatregelen worden genomen in alle relevante domeinen (veterinaire sector, gezondheidszorg, voeding, milieu, innovatie en internationaal). Op alle terreinen zijn stappen gezet; van het opzetten van een systeem van intercollegiale toetsing voor EU-lidstaten tot het plaatsen van bacteriehandtekeningen voor ondersteuning van een campagne, van het creëren van zorgnetwerken tot onderzoek naar alternatieven voor antibiotica. Een overzicht van de voortgang van het programma treft u aan in de brief »Voorgang aanpak antibioticaresistentie (Kamerstuk 32 620, nr. 201), die uw Kamer op 26 april 2018 heeft ontvangen. Het programma Antibioticaresistentie heeft een budget van € 10 miljoen per jaar. Daarnaast zijn er nog aanvullende budgetten ten behoeve van de zorgnetwerken, de langdurige zorg en surveillance van resistentie. In totaal gaat het in 2018 om ongeveer € 20,5 miljoen.

Vraag 30

Hoe vaak was er in 2017 sprake van een tekort aan (specifieke vormen van) antibiotica?

Antwoord 30:

Alleen voor het smalspectrum antibioticum Broxil 125 mg/5 ml, poeder voor orale suspensie (RVG 02672) was sprake van een tekort. Voor dit geneesmiddel bestaat er geen geregistreerd alternatief in Nederland. De IGJ i.o. heeft daarom toestemming gegeven voor een vergelijkbaar Duits product dat op artsenverklaring in Nederland te gebruiken is, dit is een van de reguliere oplossingen bij een tekort.

Vraag 31

Wat is de stand van zaken met betrekking tot antibioticaresistentie en de beschikbaarheid van antibiotica in Caribisch Nederland?

Antwoord 31:

Antibiotica is beschikbaar in Caribisch Nederland volgens dezelfde regelgeving, zoals deze ook in Nederland beschikbaar is.

Met betrekking tot antibioticaresistentie heeft de commissie van advies en bijstand in november 2017 een addendum toegevoegd aan haar rapport d.d. 1 juni 2017 over de International Health Regulations (IHR). Dit rapport is aangeboden aan uw Kamer per brief van 16 februari 2018 (Kamerstuk 25 295, nr. 44). Mijn beleidsreactie op het rapport van de commissie van advies en bijstand en het addendum stel ik op samen met de Ministers Volksgezondheid van Aruba, Curaçao en Sint Maarten tijdens het vierlandenoverleg op 22 juni 2018.

Het RIVM en de Commissie signaleren dat er beperkte kwantitatieve data beschikbaar zijn met betrekking tot de ontwikkeling van antimicrobiële resistentie op de eilanden. Uit de beperkte beschikbare gegevens is de indruk dat er sprake is van een gestage toename van de resistentie. VWS weet dat deze problematiek speelt en wil hiermee in het kader van de IHR

met de eilanden aan de slag. Het is echter belangrijk dat de eilanden zelf de prioriteit hiervoor op expert, ambtelijk en politiek niveau herkennen en erkennen. De capaciteit op de eilanden is dusdanig beperkt dat zij prioriteiten moeten stellen op het gebied van volksgezondheid. VWS en RIVM ondersteunen de eilanden waar nodig. Wel is al geconcludeerd dat de aanpak voor antibioticaresistentie, zoals we deze kennen in Europees Nederland, niet één op één toepasbaar is op de eilanden. Eind juni 2018 wordt onder de coördinatie van RIVM de jaarlijkse IHR conferentie gehouden met de zes eilanden. Tijdens deze conferentie zal een workshop rondom AMR worden georganiseerd.

Vraag 32

Om al in 2017 aan de slag te gaan met de verbetering van de verpleeghuiszorg heeft het kabinet € 100 miljoen beschikbaar gesteld, met dit geld zijn extra medewerkers aangenomen om de locaties waar dat het hardst nodig is; op welke locaties is dit het hardst nodig? Hoeveel medewerkers zijn er aangenomen? Welke functies en niveau betreffen deze nieuwe medewerkers?

Antwoord 32:

In 2017 is € 100 miljoen incidenteel beschikbaar gesteld voor verpleeghuizen waar verbetering van kwaliteit het hardste nodig is. De zorgkantoren en de NZa zijn verantwoordelijk voor de uitvoering. Op basis van een aantal criteria die zijn opgenomen in de beleidsregel van de NZa zijn er zorgaanbieders geselecteerd die hiervoor in aanmerking komen. Uit informatie van ZN blijkt dat 54 unieke zorgaanbieders voor 336 verpleeghuislocaties de extra middelen in juli 2017 toegekend hebben gekregen. De verantwoording wordt door de betrokken zorgaanbieders opgenomen in het kwaliteitsverslag 2017, dat uiterlijk 1 juli 2018 beschikbaar moet worden gesteld. Op dit moment kan dan ook nog geen inzicht gegeven worden in de daadwerkelijk inzet van de extra middelen en wat daarmee bereikt is (aantal extra medewerkers, waaronder verpleegkundigen).

Uit de plannen van de zorgaanbieders blijkt dat de middelen worden ingezet voor activiteiten gerelateerd aan het personeel, zoals extra inzet direct personeel in de zomermaanden en de periode daarna, wervingsacties voor nieuw personeel en vrijwilligers, terugdringen van ziekteverzuim door o.a. verzuimcoaches, additionele opleiding en scholing en technologische ondersteuning ter verlichting van medewerkers.

Vraag 33

Wat zijn de resultaten in 2017 als het gaat om het gebruik en de beschikbaarheid van casemanagement dementie?

Antwoord 33:

In juli 2017 is in het kader van het actieplan casemanagement gemeten hoeveel mensen gebruik maakten van casemanagement dementie en hoeveel mensen op de wachtlijst stonden. Op basis van deze meting werd geschat dat 78.400 mensen gebruik maakten van casemanagement dementie en er in totaal 1.322 mensen op de wachtlijst stonden. De NZa is naar aanleiding van deze cijfers een wachtlijstaanpak gestart voor de zes regio's die opvielen door hun lange wachtlijsten. In de rapportage over «Wachttijdprojecten: hoe staan we ervoor»⁵ van 15 januari jl. (Kamerstuk 32 620, nr. 197) beschrijft de NZa dat er eind 2017 een positieve ontwikkeling zichtbaar is in de wachtlijsten voor casemanagement dementie. Zo was er een structurele daling zichtbaar in onder andere de regio's Eindhoven, Gooi en Vechtstreek, Oost Veluwe en Midden Limburg.

⁵ Kamerstuk 32 620, nr. 197

Vraag 34

Wat is er in 2017 gebeurd om de mantelzorgondersteuning van mensen met dementie zowel kwalitatief als kwantitatief vanaf de diagnose te verbeteren?

Antwoord 34:

Bewustwording is een belangrijk onderdeel voor goede ondersteuning. De campagne «Samen dementievriendelijk» van Alzheimer Nederland heeft als doel om burgers, bedrijven en organisaties alert te maken op dementie en zo hulp te kunnen bieden wanneer iemand met dementie dat nodig heeft. In 2016–2017 hebben in totaal 80.000 mensen zich geregistreerd als dementievriend.

Dagbesteding kan gezien worden als een mogelijkheid om mantelzorgers te ontlasten. In 2017 zijn er 142 ontmoetingscentra opgezet waar mensen met dementie en hun verzorgers ondersteuning wordt geboden. Ook heeft ZonMw

W een handreiking opgesteld over de waarde van dagbesteding en 24-uurs zorg op zorgboerderijen. De Federatie Landbouw en Zorg heeft een eigen kwaliteitswaarborg ontwikkeld voor de zorgboerderijen. Ruim 600 zorgboerderijen hebben dit keurmerk inmiddels.

In het kader van het Deltaplan Dementie is binnen het programma «Dementiezorg voor Elkaar» in april 2017 een leergemeenschap over dementie op jonge leeftijd gestart. In deze gemeenschap wisselen de deelnemers actief kennis uit. Voorts zijn diverse plaatselijke of regionale verbetertrajecten voor de zorg en ondersteuning aan mensen met dementie op jonge leeftijd van advies voorzien.

Ook in het programma Langer Thuis, dat uw Kamer in juni zal ontvangen, zal gericht ingezet worden op het verbeteren van de ondersteuning van mantelzorgers die iemand met dementie verzorgen. Zo ondersteunen we experimenten met een sociale benadering van dementie. In deze experimenten is specifiek aandacht voor de ondersteuning van zowel de mens met dementie als zijn mantelzorgers. Maar ook pilots met logeerszorg kunnen uitkomst bieden voor deze mantelzorgers om zo de zorg even los te kunnen laten.

Vraag 35

Wat zijn de resultaten in 2017 als het gaat om het gebruik en de beschikbaarheid van casemanagement dementie?

Antwoord 35:

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 36

Wat merken mensen met dementie van de incidentele € 100 miljoen extra voor verpleeghuiszorg in 2017?

Antwoord 36:

Zie het antwoord op vraag 32

Vraag 37

Hoeveel extra verplegenden zijn er in 2017 uiteindelijk tijdelijk, respectievelijk structureel aangenomen dankzij de eenmalige extra € 100 miljoen voor verpleeghuiszorg, en hoe verhouden deze realisatiecijfers zich tot de oorspronkelijke plannen?

Antwoord 37:

Zie het antwoord op vraag 32.

Vraag 38

Wat zijn de resultaten in 2017 als het gaat om het gebruik en de beschikbaarheid van casemanagement dementie?

Antwoord 38:

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 39

Wat is er in 2017 gebeurd om de mantelzorgondersteuning van mensen met dementie zowel kwalitatief als kwantitatief vanaf de diagnose te verbeteren?

Antwoord 39:

Zie het antwoord op vraag 34.

Vraag 40

Welk doel qua aantal dementievrienden streeft het kabinet na met de activiteiten in de campagne «Dementievriendelijke samenleving»?

Antwoord 40:

Het doel in de campagne «Dementievriendelijke samenleving» is 310.000 dementievrienden voor 1 januari 2021. Het doel is gebaseerd op de verwachting van het aantal mensen met dementie in 2020. Dat zijn er naar verwachting namelijk 310.000.

Vraag 41

Hoeveel mensen zijn er aangenomen in verpleeghuizen? Wat heeft dit betekend voor de kwaliteit op die locaties?

Antwoord 41:

Zie het antwoord op vraag 32.

Vraag 42

Kan het kabinet aangeven hoe de agenda «Aan het werk voor ouderen» zich verhoudt tot het onlangs gepresenteerde programma voor de Arbeidsmarkt?

Antwoord 42:

Het actieprogramma Werken in de Zorg richt zich op de arbeidsmarkt over de volle breedte van de zorg en welzijn. De Arbeidsmarktagenda 2023: Aan het werk voor ouderen richt zich specifiek op de zorg voor ouderen. Vanuit het actieprogramma Werken in de Zorg blijven we deze ondersteunen.

Vraag 43

Hoeveel vragen heeft het praktijkexamen Zorg op de juiste plek in 2017 gekregen? Wat voor type vragen betroffen het?

Antwoord 43:

Het praktijkteam Zorg op de juiste plek heeft in 2017 ruim 100 vragen/meldingen per mail en circa 35 via de telefoon gekregen. De vragen/meldingen komen met name van mensen die betrokken zijn bij de zorgverlening aan de patiënt. Dit betreft zorgverleners (zoals huisartsen-(ondersteuners), transferverpleegkundigen, revalidatie artsen en (beleids)medewerkers) als ook medewerkers van zorgverzekeraars en gemeenten.

De vragen/meldingen betroffen veelal:

- informatieve vragen (bijvoorbeeld rondom regelgeving);
- vragen/meldingen over het niet kunnen vinden van vervolgzorg (bijvoorbeeld waar is eerstelijnsverblijf beschikbaar);

- vragen/meldingen over knelpunten in de overdracht van patiënten vanuit de thuissituatie danwel het ziekenhuis naar (kortdurend) vervolgzorg en ondersteuning (zoals eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg, wijkverpleging, Wlz crisiszorg, reguliere Wlz zorg, (acute) Wmo en respijtzorg);
- vragen/meldingen over het vinden van vervolgzorg voor patiënten met complexe problematiek (bijvoorbeeld patiënten met een combinatie van somatische en ggz problemen).

Vraag 44

Wat is het totale budget dat uitgegeven is aan geneesmiddelen per jaar sinds 2012? Kan daarbij ook worden aangegeven hoe de verdeling intramuraal-extramuraal is?

Antwoord 44:

Zie hieronder in de tabel. In het jaarverslag staan cijfers opgenomen over de uitgaven aan farmaceutische zorg (extramuraal, inclusief dienstverlening apothekers) en de medisch specialistische zorg (waar intramurale geneesmiddelen onder vallen). Hier onderstaand gaat het om de uitgaven aan enkel de geneesmiddelen (extramuraal en intramuraal):

	2012	2013	2014	2015	2016
Extramuraal	€ 3.270	€ 2.970	€ 2.960	€ 3.080	€ 3.150
Intramuraal	€ 1.170	€ 1.530	€ 1.660	€ 1.790	€ 1.920
Totaal	€ 4.440	€ 4.500	€ 4.620	€ 4.870	€ 5.070

Bron: Zorginstituut (GIPdatabank). Bedragen in miljoenen. De daling van extramuraal en de stijging van intramuraal in 2013 wordt (m.n.) veroorzaakt door overheveling van geneesmiddelen (oncologie). 2016 betreft inschatting voor wat betreft de intramurale geneesmiddelen.

Overigens werd in de vaststelling begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) 2018 (Kamerstuk 34 775 XVI) dezelfde vraag gesteld (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 14, vraag 226). In de beantwoording hiervan waren per abuis verkeerde bedragen opgenomen. Hierboven dus de juiste tabel.

In diezelfde vaststelling begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werd de vraag gesteld (nummer 307) om een overzicht te geven van de prijsontwikkeling van geneesmiddelen in Nederland van 2012 t/m 2017, waarbij ik aan had gegeven begin 2018 een dergelijke overzicht naar u zenden. In onderstaande antwoord ga ik in op de ontwikkeling m.b.t. vergoedingen en niet de prijzen, voor de zorguitgaven zijn m.n. de vergoedingen relevant.

Hieronder staat een tabel weergegeven m.b.t. de ontwikkeling van de vergoedingen van de extramurale geneesmiddelen (ook beïnvloed door overhevelingen van extramuraal naar intramuraal).

Gemiddeld per DDD	2012	2013	2014	2015	2016
Spécialités	€ 0,92	€ 0,87	€ 0,87	€ 0,91	€ 0,90
Generiek	€ 0,07	€ 0,08	€ 0,08	€ 0,08	€ 0,08

Bron: Zorginstituut (GIPeilingen). Betreft gemiddelde vergoeding per DDD (Defined Daily Dose, de Standaarddagdosering). 2016 betreft een inschatting, voor 2017 zijn deze gegevens nog niet beschikbaar.

Een dergelijk overzicht heb ik voor intramurale geneesmiddelen niet beschikbaar.

Vraag 45

Kan een overzicht gegeven worden van alle investeringen in e-health- en technologieprojecten vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport? Kan daarbij aangegeven worden hoeveel mensen er zijn bereikt met e-health?

Antwoord 45:

Vanuit het Ministerie van VWS worden op verschillende manieren middelen beschikbaar gesteld om investeringen in e-health door organisaties te stimuleren. Deze middelen zijn niet altijd exclusief geoormerkt voor de inzet van e-health, de ontwikkeling daarvan of de communicatie rondom e-health. Hierdoor kan geen exact overzicht worden gegeven van alle investeringen. Ook is dus niet te kwantificeren hoeveel mensen er bereikt zijn.

Voorbeelden hoe VWS innovatie en zorgvernieuwing stimuleert vindt u onder andere in het recent verschenen rapport van de Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek (Kamerstuk 29 689, nr. 896) en in voortgangsrapportage Innovatie en Zorgvernieuwing (Kamerstuk 27 529, nr. 156). Financiële middelen waar e-health mee gestimuleerd wordt, zijn o.a. de versnellingsprogramma's informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP) binnen de eerste en tweede lijn en de ggz, de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KIPZ) en de scholingsimpuls SectorplanPlus, de academische component, het programma Medmij voor het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen en de transitiekosten binnen kwaliteitskader verpleeghuizen. Verder start er een innovatieregeling voor langdurige zorg in 2019 en is er een technologie challenge verpleeghuizen. E-health is ook een onderdeel van veel ZonMw-programma's die in opdracht van VWS worden uitgevoerd. Ook met de Health Innovation School (samenwerking met Radboud UMC), de e-health week en versnellingsmakelaars werkt VWS aan innovatie en zorgvernieuwing.

In het regeerakkoord is extra geld vrijgemaakt om digitaal ondersteunde zorg gericht in te zetten en de verspreiding van innovatieve werkwijzen (e-health) te bevorderen (bijlage bij Kamerstuk 34 700, nr. 34). Twee randvoorwaarden zijn daarbij cruciaal: de beschikbaarheid van (eigen) gegevens en de kennis en vaardigheden rond het gebruik van e-health toepassingen en invoering van innovatieve werkwijzen. Wanneer één van de twee ontbreekt zullen initiatieven niet goed van de grond kunnen komen. De regeerakkoordmiddelen zetten we daarom in op het stimuleren van de persoonlijke gezondheidsomgevingen (MedMij) en extra aandacht voor het vergroten van (digitale) vaardigheden rond gezondheid en zorg/ondersteuning, kennis van en toegankelijkheid tot nuttige toepassingen en aandacht voor innovatie. In de voortgangsrapportage innovatie en zorgvernieuwing bent u hierover geïnformeerd.

Vraag 46

Kan binnen de gehele investeringen in e-health aangegeven worden welk deel er bij de eindgebruikers («de patiënten») terecht is gekomen, welk deel is besteed aan de ontwikkeling en terecht is gekomen bij de ontwikkelaars en producenten, welk deel wordt gebruikt voor communicatie-activiteiten, enz.?

Antwoord 46:

Zie het antwoord op vraag 45.

Vraag 47

Zijn de resultaten van de evaluatie van de Health deals inmiddels bekend? Zo ja, kunnen die met de Kamer gedeeld worden? Zo nee, wanneer worden de resultaten verwacht?

Antwoord 47:

Dit voorjaar zijn de drie eerste Health Deals meegenomen in de huidige monitoring-ronde van de Green Deals van het Ministerie van EZK. Het gaat om de Health Deals voor beslissondersteuning in de oncologie, voor excellente pijnzorg voor chronische pijnpatiënten en Academy Het Dorp. De interviews en uitvragen die in dit kader plaats vinden zijn afgerond en worden op dit moment geëvalueerd. De verwachting is dat de resultaten voor de Health Deals rond de zomer beschikbaar komen.

Vraag 48

Wordt voor de garanties in het kader van risico-regelingen, conform het nieuwe beleid, een marktconforme vergoeding gevraagd? Voor welke garanties wel en voor welke garanties niet (en waarom niet)? Welke van de garantieregeling zijn opnieuw beoordeeld, conform het nieuwe beleid, of het gecontinueerd moet worden of niet, en welke niet? Hoe wordt omgegaan met het nieuwe beleid risicoregelingen en garanties, zoals dat is vastgesteld door het Ministerie van Financiën?

Antwoord 48:

De garanties waar naar wordt verwezen komen voort uit drie aparte regelingen die al geruime tijd gesloten zijn. Het gaat om de garantieregeling inrichtingen voor gezondheidszorg 1958, de rijksregeling dagverblijven voor gehandicapten inzake erkenning, subsidiëring, verlening van garanties en toezicht uit 1971 en de rijksregeling gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten uit 1971. Ze dateren nog uit een tijd dat de overheid een expliciete verantwoordelijkheid had voor de bouw en spreiding van intramurale zorgvoorzieningen en volledig garant stond voor leningen die voor dit doeleinde werden gesloten. Van een marktconforme vergoeding daarvoor was geen sprake. Het financiële risico voor de staat neemt ook steeds verder af aangezien de laatste rijksgegarandeerde lening in 2043 volledig afloopt. Het beleid risicoregelingen en garanties waarnaar wordt verwezen heeft betrekking op garanties die thans worden afgegeven en niet op oude in het verleden afgegeven garanties.

Vraag 49

Waarom staan diverse indicatoren nog niet in de Staat van VenZ (Volksgezondheid en Zorg)? Wanneer worden alle cijfers die wel reeds aanwezig zijn, toegevoegd aan de Staat van VenZ?

Antwoord 49:

De Staat van VenZ en de VWS-monitor zijn min of meer gelijktijdig ontwikkeld.

Vanaf de start is ervoor gekozen om als indicatoren van de VWS-monitor zoveel mogelijk kerncijfers uit de Staat van Volksgezondheid en Zorg te gebruiken.

In tegenstelling tot de VWS-monitor bepaalt VWS bij de Staat van VenZ niet welke kerncijfers er opgenomen worden: daarvoor is een kennisconsortium verantwoordelijk. VWS kan wel aangeven op welke onderwerpen er kerncijfers gewenst zijn. Voordat een kerncijfer wordt opgenomen in de Staat van VenZ wordt er een uitgebreide procedure doorlopen, waarin de validiteit, beschikbaarheid, actualiteit en betrouwbaarheid van mogelijke databronnen wordt onderzocht en getoetst. Het doorlopen van deze procedure kost tijd.

Het kennisconsortium is gevraagd VWS te adviseren op de doorontwikkeling van de VWS-monitor (Kamerstuk 31 865, nr. 103). In de reactie op dit advies (Kamerstuk 31 865, nr. 111) hebben we gemeld hoe we aanbevelingen uit dit advies willen verwerken in de volgende versie van de VWS-monitor die gelijk met Begroting 2019 verschijnt. Aan de VWS-monitor zullen enkele nieuwe indicatoren worden toegevoegd die als kerncijfer in de StaatVenZ staan en er zullen naar verwachting enkele

indicatoren worden geschrapt die niet als kerncijfer in de StaatVenZ zijn opgenomen.

Vraag 50

Waarom staan de kerncijfers uit de VWS-monitor niet in het jaarverslag?

Antwoord 50:

Er is om praktische redenen voor gekozen de VWS-monitor alleen te plaatsen op www.hetzorgverhaal.nl. Het totaal van doelstellingen, tabellen en cijfers is namelijk 25 pagina's lang. Daarnaast hechten we eraan de meest actuele cijfers te kunnen presenteren. Wanneer de tabel in de gedrukte versie van het jaarverslag wordt opgenomen, wordt er aan actualiteit ingeboet.

Vraag 51

Wat is er geregeld bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het vanaf het jaar 2017 aanleggen van een begrotingsreserves voor eventuele schade in het kader van de achterborg?

Antwoord 51:

VWS bouwt een begrotingsreserve op met het oog op eventuele schade in het kader van de achterborg voor het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ). Sinds 2017 wordt jaarlijks € 5 miljoen aan de begrotingsreserve toegevoegd.

Vraag 52

Wat was in 2017 het percentage bereik acute verloskunde binnen 45 minuten?

Bestaat er het voornemen om de 45 minuten norm met betrekking tot verloskunde te evalueren dan wel te herzien?

Antwoord 52:

Anders dan de 15 minuten-norm voor ambulances, ziet de 45 minuten-norm niet op aanrijtiden, maar op de spreiding en beschikbaarheid van afdelingen voor spoedeisende hulp (SEH) en acute verloskunde. De 45 minuten-norm is dus geen bereikbaarheidsnorm voor ambulances die in een bepaald percentage van de ritten moet worden gehaald.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) brengt jaarlijks op mijn verzoek in kaart welke SEH's en afdelingen voor acute verloskunde op grond van de 45 minuten-norm niet mogen sluiten, omdat de bereikbaarheid van deze zorg dan niet meer aan deze norm voldoet (Kamerstuk 29 247, nr. 246). Deze afdelingen zijn in 2017 ook niet gesloten. Er bestaat geen voornemen om de 45 minuten-norm te evalueren dan wel te herzien.

Vraag 53

Wat wordt bedoeld met de doelstelling «Er is een laagdrempelige ondersteuning naar behoefte» (bij «Gezond blijven»)?

Antwoord 53:

Bij de zorg voor en ondersteuning van mensen in het hebben of krijgen van een gezond leven kunnen veel partijen een rol spelen. Zo kunnen bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, een kinderarts, een psycholoog en een diëtist gezamenlijk werken aan de problematiek van obesitas in een gezin. Dit kan veel druk en drukte veroorzaken in de zorg en ondersteuning. Om gezond te zijn en gezond te blijven is het belangrijk dat er een goede samenwerking is tussen de verschillende (zorg)professionals onderling en dat de zorg, begeleiding en ondersteuning om mensen heen

zodanig georganiseerd is, dat deze aansluit bij de situatie en de behoefte van de cliënt. De doelstelling is om dit nationaal en lokaal goed te organiseren en te implementeren. Dit stimuleren we bijvoorbeeld via verschillende sectoren zoals de Jeugdgezondheidszorg, maar ook met programma's zoals Jongeren Op Gezond Gewicht.

Vraag 54

Waarom is het aanbod van verslavingszorg een indicator voor «Gezond blijven»?

Antwoord 54:

Hiermee wordt niet bedoeld dat verslaving onderdeel van een gezond leven is. De verslavingszorg draagt via preventie en zorg bij aan het terugdringen van het gebruik van alcohol en drugs en daarmee aan het voorkomen van gezondheidsproblemen en het verbeteren van een ongezonde leefstijl.

Vraag 55

Hoe wordt gemeten dat de investering in preventie bijdraagt aan het voorkomen van zware zorg later?

Antwoord 55:

Zie het antwoord op vraag 203.

Vraag 56

Waar zijn de cijfers te vinden die niet in de Staat VenZ staan?

Antwoord 56:

Onder elke tabel in de VWS-monitor staat de bron van de gepresenteerde cijfers. Als de cijfers in de Staat VenZ staan, is er een hyperlink gegeven naar de betreffende cijfers in de Staat. Als de cijfers niet in de Staat VenZ staan, is de bron vermeld, zoveel mogelijk aangevuld met een hyperlink daarnaar toe.

Overigens is de Staat VenZ naast een digitaal overzicht van kerncijfers ook een portaal voor ontsluiting van meer cijfers en informatie. Veel van de gebruikte kerncijfers bevatten een hyperlink (onder het kopje «meer info») naar de onderliggende databron waarin cijfers zijn te vinden die niet in de Staat VenZ staan.

Vraag 57

Is een doel op zich dat de uitgaven voor de Wmo dalen, ook als de macrokosten niet stijgen?

Antwoord 57:

Nee, het is geen doel op zich dat de uitgaven voor de Wmo dalen als de macrokosten niet stijgen. Bij de hervorming van de langdurige zorg is wel sprake geweest van een doelmatigheidskorting. Gemeenten kunnen efficiënter Wmo-ondersteuning inkopen en verstrekken dan op grond van de AWBZ mogelijk was.

Vraag 58

Waarom zijn de indicatoren/cijfers over de «wachtijden: % dat boven de Treeknormen zit» nog niet opgenomen in de Staat van Volksgezondheid en Zorg? Wanneer worden ze wel geactualiseerd?

Antwoord 58:

In de Staat van Volksgezondheid en Zorg zijn de volgende vijf kerncijfers over «wachtijden langer dan de treeknorm» opgenomen:

1. Wachtijd langer dan Treeknorm: polikliniek

- <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-langer-dan-treeknorm-polikliniek>
2. Wachttijd langer dan Treeknorm: behandeling in ziekenhuis
<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-langer-dan-treeknorm-behandeling-ziekenhuis>
 3. Wachttijd langer dan Treeknorm: diagnostiek in het ziekenhuis
<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-langer-dan-treeknorm-diagnostiek-het-ziekenhuis>
 4. Wachttijd langer dan Treeknorm: aanmeldwachttijd gespecialiseerde GGZ
<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-langer-dan-treeknorm-aanmeldwachttijd-gespecialiseerde-ggz>
 5. Wachttijd langer dan Treeknorm: behandelwachttijd GGZ
<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-langer-dan-treeknorm-behandelwachttijd-ggz>

De meest actuele cijfers over «wachttijden langer dan de treeknorm» van ziekenhuiszorg zijn over 2017 en worden jaarlijks geactualiseerd; de cijfers van de wachttijd langer dan de treeknorm in de specialisatie GGZ zijn over 2016 en worden onregelmatig geactualiseerd.

Vraag 59

Wat wordt in het kader van verspilling gedaan met de lijst van 1366 overbodige behandelingen die door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) is opgesteld?

Antwoord 59:

De lijst met 1.366 onnodige zorghandelingen is in november 2016 door de NFU overgedragen aan de Federatie Medisch Specialisten (FMS) zodat de lijst in de praktijk kan worden toegepast. Daaropvolgend heeft de FMS met haar richtlijnencommissie een uitgebreide analyse verricht van alle aanbevelingen.

Deze analyse is door de FMS gedeeld met de NFU, waarna de FMS aan de wetenschappelijke verenigingen de opdracht heeft verstrekt om met de aanbevelingen aan de slag te gaan. De wetenschappelijke verenigingen en de FMS ontwikkelen nu, in overleg met de NFU, een concrete aanpak met aanbevelingen om onnodige zorghandelingen daadwerkelijk in de praktijk te stoppen.

Vraag 60

Welk budget is er overgebleven van de subsidieregeling preventiecoalities die in 2017 van start is gegaan als gevolg van het beperkte gebruik?

Antwoord 60:

In 2017 is € 1.359.673 overgebleven van het totaal beschikbare bedrag van € 1.600.000.

Vraag 61

Kan het beperkte gebruik van de subsidieregeling preventiecoalities ook andere oorzaken hebben behalve de onbekendheid van de regeling? Is dit onderzocht? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat zouden andere oorzaken kunnen zijn?

Antwoord 61:

We zijn in gesprek met de reeds bestaande preventiecoalities en met partijen die een coalitie aan het voorbereiden zijn. Aan de hand van de uitkomsten hiervan kijken we hoe we zorgverzekeraars en gemeenten verder kunnen ondersteunen bij het tot stand komen van een aanvraag voor de Subsidieregeling preventiecoalities. Gebleken is wel dat het tot stand komen van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en

gemeenten en het opstellen van een aanvraag de nodige tijd kost. Dit verklaart ook de onderuitputting in 2017.

Vraag 62

Welk deel van de subsidieregeling preventiecoalities is niet gebruikt? Is het in 2017 niet uitgekeerde deel van de subsidieregeling in 2018 alsnog beschikbaar? Hoe wordt de bekendheid van de regeling vergroot?

Antwoord 62:

In 2017 is € 1.359.673 niet gebruikt van het totaal beschikbare bedrag van € 1.600.000. Het niet uitgekeerde deel van de subsidieregeling van 2017 schuift niet door naar 2018. Voor 2018 is € 3.200.000 beschikbaar.

Het gebruik van de subsidieregeling wordt gestimuleerd via het bestuurlijk overleg tussen VWS, ZN en VNG. Ook is VWS aanwezig op diverse conferenties om de subsidieregeling bekend te maken en toe te lichten en organiseert VWS zelf bijeenkomsten voor betrokken partijen. Er is een toolbox beschikbaar die partijen ondersteunt bij het indienen van de aanvraag. Via <https://www.loketgezondleven.nl/preventie-het-zorgstelsel-0> is informatie beschikbaar over de subsidieregeling en over samenwerken bij preventie voor risicogroepen door zorgverzekeraars en gemeenten.

Vraag 63

Is er een streefgetal van het aantal scholen dat eind 2018 het vignet Gezonde School heeft?

Antwoord 63:

Doel van het programma Gezonde School 2017–2020 is om in deze periode 1.650 scholen te bereiken die nog niet eerder gebruik hebben gemaakt van het ondersteuningsaanbod. Met het ondersteuningsaanbod kunnen scholen aan de slag met de Gezonde School-aanpak. Een school is niet verplicht om een vignet Gezonde School aan te vragen en hierop is dan ook geen streefgetal vastgesteld.

Vraag 64

De verspreiding van jodiumtabletten onder Limburgse kinderen is, in tegenstelling tot de bewering, helemaal niet goed verlopen. Waar lag dit aan, wie is hiervoor verantwoordelijk en hoe wordt dit in de toekomst voorkomen?

Antwoord 64:

VWS heeft met een zo groot mogelijke zorgvuldigheid de tabletten verstuurd naar zo'n 1,2 miljoen huishoudens in Nederland. VWS heeft het beeld dat de distributie in het algemeen goed is verlopen. Tegelijkertijd is niet uit te sluiten dat er bij een dergelijk grote operatie ook dingen fout gaan.

We kunnen helaas niet achterhalen waar in het proces mogelijk fouten zijn gemaakt. Er zaten veel stappen in het distributieproces waar fouten gemaakt kunnen zijn (peildatum, adressenbestand samenstellen, doosjes etiketteren, aanleveren, bezorgen). Ook kan het zo zijn dat mensen niet tot de doelgroep behoorden en toch denken dat zij de tabletten ten onrechte niet hebben ontvangen, of dat zij de tabletten per ongeluk hebben weggegooid.

VWS werkt samen met de Veiligheidsregio's Limburg-Noord en -Zuid aan een oplossing voor de burgers binnen de doelgroep die ten onrechte de tabletten niet hebben ontvangen. Naast bezorging aan huis was het beschikbaar maken van tabletten bij apotheek en drogist onderdeel van de predistributie. Iedereen die de tabletten in huis wil halen (ook personen

die niet tot de doelgroep behoren) kan ze hier aanschaffen (adviesprijs € 2,95).

Vraag 65

Waarom wordt er in het jaarverslag gemeld dat wordt bezien of het budget deels op een andere wijze kan worden ingevuld? Aan welke inzet moet gedacht worden?

Antwoord 65:

Er zijn voldoende aanwijzingen dat gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar in gesprek zijn over samenwerking bij het aanbieden van preventie-activiteiten aan risicogroepen. De verwachting is dat er de komende tijd verschillende preventiecoalities tot stand gaan komen. Vooral nog brengen we de huidige subsidieregeling onder de aandacht en ondersteunen we partijen bij het doen van een aanvraag. Niettemin onderzoeken we ook alternatieve mogelijkheden die de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars bij preventie voor risicogroepen kunnen stimuleren. Zie ook het antwoord op vraag 61.

Vraag 66

Op hoeveel van de 745 scholen die subsidie ontvingen volgden kinderen die uit een gezin met lage sociale economische status en kinderen uit het speciaal onderwijs?

Antwoord 66:

Bij de toekenning van het ondersteuningsaanbod is er speciale aandacht voor kwetsbare groepen door voorrang te geven aan basisscholen die zich bevinden in aandachtswijken met een lage sociaaleconomische status (SES) en scholen in het speciaal onderwijs. Voor dit jaar zijn er 356 basisscholen in een lage-SES-wijk die ondersteuning toegekend hebben gekregen, en 123 scholen (po en vo) uit het speciaal onderwijs.

Vraag 67

Wat is de reden voor de onderbesteding op het Nationaal Programma Preventie van 544.000 euro?

Antwoord 67:

De onderbesteding op het instrument subsidies Uitvoering landelijke nota gezondheidsbeleid /Nationaal Programma Preventie wordt veroorzaakt door een lager beroep op de subsidieregeling Nadere Doodsoorzaak Kinderen (NODOK) (€ 429.000) en lagere kosten dan verwacht voor het programma Alles is Gezondheid... (€ 115.000).

Vraag 68

Waarom is er in 2017 geen geld uitgegeven aan de communicatie over de verhoging van leeftijdsgrenzen voor alcohol en tabak, terwijl dit wel was begroot?

Antwoord 68:

Per 1 januari 2014 zijn de Drank- en Horecawet en de Tabakswet gewijzigd en is de leeftijdsgrens verhoogd van 16 naar 18 jaar. Aan jongeren onder de 18 mag geen alcohol of tabak meer worden verkocht. Ten behoeve van bewustwording van deze nieuwe sociale norm is sinds deze wijziging een meerjarige campagne ingezet. In 2017 is circa € 1,1 miljoen overgeheveld naar het Ministerie van AZ voor de uitvoering/realisatie van de campagne «communicatie sociale norm 18 jaar, NIX18-campagne». Het Ministerie van VWS is opdrachtgever van de NIX18-campagne, maar het Ministerie van AZ vervult een (financieel) coördinerende rol als het gaat om massamediale overheids campagnes. Door de overheveling van het budget naar het Ministerie van AZ zijn er dus via de begroting van VWS

geen middelen uitgegeven aan de campagne en lijkt het alsof er in 2017 geen uitgaven voor de campagne zijn gedaan. Dit is echter niet het geval.

Vraag 69

Kan toegelicht worden waarom het budget beschikbaar voor Communicatie verhoging leeftijdsgrenzen alcohol en tabak niet is gebruikt?

Antwoord 69:

Per 1 januari 2014 zijn de Drank- en Horecawet en de Tabakswet gewijzigd en is de leeftijdsgrens verhoogd van 16 naar 18 jaar. Aan jongeren onder de 18 mag geen alcohol of tabak meer worden verkocht. Ten behoeve van bewustwording van deze nieuwe sociale norm is sinds deze wijziging een meerjarige campagne ingezet. In 2017 is circa € 1,1 miljoen overgeheveld naar het Ministerie van AZ voor de uitvoering/realisatie van de campagne «communicatie sociale norm 18 jaar, NIX18-campagne». Het Ministerie van VWS is opdrachtgever van de NIX18-campagne, maar het Ministerie van AZ vervult een (financieel) coördinerende rol als het gaat om massamediale overheidscampagnes. Door de overheveling van het budget naar het Ministerie van AZ zijn er dus via de begroting van VWS geen middelen uitgegeven aan de campagne en lijkt het alsof er in 2017 geen uitgaven voor de campagne zijn gedaan. Dit is echter niet het geval.

Vraag 70

Welke onderzoeken zijn er bekend naar de baten van preventiebeleid?

Antwoord 70:

Als rijksoverheid laten we ons over de kosten en baten en effecten van het preventiebeleid adviseren door het RIVM. De belangrijkste onderzoeken op dit vlak betreffen maatschappelijke kosten-batenanalyses, omdat deze onderzoeken pogen om alle kosten en baten van specifiek preventiebeleid door te berekenen. In 2016 zijn twee van zulke analyses gepubliceerd over preventiebeleid ten aanzien van roken door de Universiteit van Maastricht, RIVM en Trimbos-instituut en de andere publicatie door SEO Economisch Onderzoek. In 2017 heeft het RIVM de maatschappelijke kosten en baten van alcoholpreventie doorgerekend; een update hiervan komt voor de zomer uit.

Vraag 71

Wat is de reden dat de afwikkeling van de claim narcolepsie – Mexicaanse griepvaccin minder voorspoedig loopt? Hoe wordt dit opgepakt?

Antwoord 71:

Dit traject vergt meer tijd dan voorzien omdat, in goed overleg met de belanghebbenden, een zorgvuldig proces wordt doorlopen waarbij onder meer onafhankelijke deskundigen dienen te worden geraadpleegd.

Vraag 72

Waarom ziet u geen aanleiding om te veronderstellen dat het budget van 2.1 miljard aan de verpleeghuizen omhoog of omlaag zal gaan?

Antwoord 72:

Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 31 mei 2017 (Kamerstuk 31 765, nr. 273) is het bedrag van € 2,1 miljard gebaseerd op de huidige inzichten en de huidige wettelijke kaders. Er zijn op dit moment nog geen nieuwe inzichten die bijstelling vraagt.

Vraag 73

Waarom is alleen de deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma in 2017 bekend, maar niet die aan de verschillende bevolkingsonderzoeken en de hielprik?

Antwoord 73:

De bevolkingsonderzoeken en de hielprik worden jaarlijks gemonitord, waarbij ook de uitkomsten van de screening wordt meegenomen. Naast de deelname zelf, gaat het hierbij ook om het aantal verwijzingen bij een ongunstige uitslag, de uitslag van de diagnostiek en of er deelnemers zijn die een gunstige uitslag hadden en toch de ziekte ontwikkelen. De doorlooptijd van de monitor is daarmee langer dan het kalenderjaar waarin de deelnemer uitgenodigd wordt en voor een deel van de groep pas in het jaar daarop beschikbaar. De resultaten van de monitor worden per bevolkingsonderzoek gepubliceerd op de site van het RIVM.

Vraag 74

Hoe vaak is de voedings-app gedownload?

Antwoord 74:

Op 30 mei 2018 was de Kies-ik-Gezond?app (dit is de naam van de voedings-app) zo'n 147.000 keer gedownload.

Vraag 75

Is bekend of mensen naar aanleiding van het gebruik van de voedings-app gezonder zijn gaan eten?

Antwoord 75:

Het één-op-één verband tussen het gebruik van de voedings-app en het eetpatroon van mensen die de app gebruiken is moeilijk vast te stellen. De app is namelijk één van de vele instrumenten die de overheid inzet om consumenten de mogelijkheid te bieden om een gezondere voedingskeuze te maken. Daarnaast kunnen consumenten zelf vanuit veel verschillende beweegredenen besluiten om gezonder te gaan eten. Wel zal het Voedingscentrum in het najaar van 2018 een consumentenonderzoek laten uitvoeren naar het gebruik van de app en in hoeverre de app mensen aanzet om een gezondere keuze te maken.

Vraag 76

Door hoeveel mensen wordt de voedings-app gebruikt en wat was de reden dat hieraan 1 miljoen extra is besteed?

Antwoord 76:

De Kies-ik-Gezond?app is op 30 mei 2018 zo'n 147.000 keer gedownload. De statistieken laten zien dat ongeveer tweederde van de gebruikers de app twee keer of vaker gebruikt en een vijfde van de gebruikers negen keer of vaker gebruikt.

Om de app te vullen met data van de tienduizenden producten die in het winkelschap liggen, was een aanzienlijke investering nodig. Deze investering vertaalt zich, door de ontwikkeling van de app, in het digitaal beschikbaar komen van een grote hoeveelheid data over de samenstelling en voedingswaarde van de producten in het schap. Deze informatie biedt ook de mogelijkheid om de voortgang van de verbetering van de productsamenstelling beter te volgen door periodiek met de beschikbare data te onderzoeken of de hoeveelheid zout, suiker en verzadigde vetten gemiddeld genomen is gedaald. Deze investering is, nadat besloten was op de app te ontwikkelen, toegevoegd aan de subsidie voor het Voedingscentrum voor 2017.

Vraag 77

Waarom is er een miljoen extra besteed aan voedings-apps terwijl consumenten het liefst een stoplicht-systeem willen voor voedingsmiddelen en de succesvolle stoplichtenpilot van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) moest stoppen?

Antwoord 77:

Deze app is niet ontwikkeld ter vervanging van een logo op een etiket, maar juist als onderdeel van het bredere voedingsbeleid van VWS. Zoals aangegeven in de Kamerbrief van de Minister van LNV en de Staatssecretaris van VWS over de accenten van het voedselbeleid (Kamerstuk 31 532, nr. 193), onderzoekt de Staatssecretaris of het Vinkje moet worden vervangen en zo ja, door welk logo het Vinkje kan vervangen. Het is belangrijk dat er voldoende draagvlak is voor een te kiezen nieuw logo en dat deze door consument makkelijk wordt begrepen. Het onderzoek van de Consumentenbond, waarin het stoplichtsysteem als één van de mogelijke opties wordt gezien, wordt meegenomen in dit onderzoek.

onderzoekt de Staatssecretaris of het Vinkje moet worden vervangen en zo ja, door welk logo het Vinkje kan vervangen.

Vraag 78

Is er informatie beschikbaar over voedingsapps in het kader van «Gezonde School»? Hoe vaak zijn die apps gedownload? Hoe vaak worden die dagelijks gebruikt?

Antwoord 78:

In de database van Gezonde School⁶ staan activiteiten voor po, vo en mbo, waarvan professionals uit de praktijk hebben vastgesteld dat ze voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria. Alle interventies in deze database kunnen door scholen worden ingezet voor de Gezonde School-aanpak. Momenteel staat er in de Gezonde School database geen app voor het thema Voeding.

Vraag 79

Hoeveel instellingen hebben een toelating zoals bedoeld in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)?

Antwoord 79:

4.911 instellingen hebben een WTZi-toelating.

Vraag 80

Waarom hebben niet alle algemene ziekenhuizen en overige instellingen voor medisch-specialistische zorg subsidie aangevraagd voor het ontsluiten van patiëntgegevens? Houdt dit in dat deze instellingen dus niets of weinig doen aan het ontsluiten van patiëntgegevens? Welke gevolgen heeft dit?

Antwoord 80:

Bijna alle instellingen die in aanmerking kwamen voor subsidie voor het gestandaardiseerd en veilig ontsluiten van patiëntgegevens hebben deze subsidie aangevraagd: in totaal 205 instellingen. De enkele instelling die niet heeft aangevraagd, had op het moment dat de subsidie aangevraagd kon worden andere (financiële) prioriteiten.

Van instellingen die een subsidie hebben aangevraagd wordt een grote inspanning gevraagd, zowel voor wat betreft de te behalen resultaten als de eigen bijdrage in de kosten (50%). De subsidie heeft tot doel dat instellingen de informatie op zodanige wijze aanleveren dat de patiënt zijn medische gegevens gestandaardiseerd en eenvoudig naar zich toe kan halen, bijvoorbeeld via een persoonlijke gezondheidsomgeving of een download uit het patiëntenportaal.

Daarvoor moeten de instellingen onder meer:

⁶ <https://www.gezondeschool.nl/po/interventies-primair-onderwijs>

- deze gegevens op een gestandaardiseerde wijze registreren, via de zorginformatiebouwstenen van Registratie aan de Bron, dit vraagt aanpassing van werkprocessen;
- deze gegevens uit de verschillende systemen in de instelling op één plek samen kunnen brengen en presenteren. Op dit moment zitten deze gegevens veelal in verschillende systemen want professionals mogen alleen het deel van het dossier inzien dat relevant is voor de zorg die zij leveren;
- het systeem zo gebruiksvriendelijk maken en patiënt informeren/ ondersteunen/begeleiden dat minimaal 10% van de patiënten zijn/haar gegevens ook echt gaat gebruiken.

De instellingen die geen subsidie hebben aangevraagd zullen in 2020 waarschijnlijk niet volledig aan de resultaatsverplichtingen voldoen zoals omschreven in de subsidieregeling. Dat hoeft niet te betekenen dat deze instellingen niets of weinig doen aan het ontsluiten van patiëntengegevens, maar wel dat deze gegevens nog niet interoperabel zijn en eenvoudig en snel in persoonlijke gezondheidsomgevingen kunnen worden geladen. Doordat het overgrote deel van de instellingen wel met het programma «Versnelling Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional» meedoet, is de verwachting dat instellingen die nu nog niet meedoen op termijn deze standaarden alsnog gaan gebruiken.

Vraag 81

Wat is de verklaring dat patiënten nog niet altijd gewezen worden op alternatieven in de regio of de mogelijkheid tot zorgbemiddeling, terwijl «vaak wel een passend en tijdig alternatief beschikbaar is»? Wat wordt er aan gedaan om dit te verbeteren?

Antwoord 81:

- Het klopt dat in de praktijk patiënten niet altijd worden gewezen op alternatieven in de regio met kortere wachttijden. Door betere bewustwording bij zowel aanbieders, verwijzers als patiënten zelf kunnen wachttijden worden verkort. Zorgverzekeraars, de NZa en VWS ondernemen verschillende acties om deze bewustwording te vergroten en wachttijden te verkorten.
- Alle zorgverzekeraars bieden wachtlijstbemiddeling aan en dit is vaak prominent zichtbaar op de website. Zilveren Kruis maakte onlangs bekend dat hun zorgcoaches al aan 88.000 wachtdagen hebben bespaard⁷.
- Vanuit VWS wordt ook ingezet op aanpak van wachttijden. Zo werk ik aan een programmaplan gericht op samen beslissen, dat kan bijdragen aan het tegengaan van wachtlijsten. Doordat patiënten goed geïnformeerd worden over de verschillende opties in de regio kunnen ze alternatieven met eventueel minder lange wachttijden overwegen. Tevens onderzoek ik hoe de zorgverzekeraar, binnen de huidige privacywetgeving, pro-actiever advies kan geven aan de verzekerde over (o.a.) wachtlijstbemiddeling. Verder zijn verzekerden tijdens de eindejaarscampagne expliciet gewezen op de diensten die zorgverzekeraars kunnen bieden bij het vinden van een zorgaanbieder.
- NZa streeft samen met andere partijen, zoals zorgverzekeraars en huisartsen, naar een goede informatievoorziening voor de patiënt. Denk bij informatievoorziening aan bijvoorbeeld een website waarop staat vermeld wat je kunt doen als je lang moet wachten (zoals «wegvandedewachtlijst» voor de GGZ), maar ook aan voorlichting aan aanbieders en verwijzers en bijvoorbeeld posters in de wachtkamer

⁷ <https://www.nationalezorggids.nl/zorgverzekering/nieuws/42967-verzekerde-zilveren-kruis-kan-drie-weken-eerder-terecht-in-ziekenhuis.html>

voor de patiënt. De patiënt kan zo een betere afweging maken tussen voorkeursaanbieder en wachttijd.

- In de GGZ hebben partijen een vervolgaanpak wachttijden opgesteld. Hierin is onder andere opgenomen dat zorgaanbieders de verantwoordelijkheid hebben om mensen op hun wachtlijst goed te begeleiden door regelmatig contact te onderhouden met wachtenden om te informeren hoe het gaat en wat eventueel nodig is. Dit kan onder andere leiden tot snellere bemiddeling in samenspraak met en door zorgverzekeraars.
- Tevens zet NZa zich in voor het verbeteren van de registratie van wachttijden en het maken van betere afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders over het terugdringen van de wachttijden.

Vraag 82

Waarom is er zoveel minder geld uitgegeven aan antibioticaresistentie dan was begroot? Wat zijn daarvan de gevolgen?

Antwoord 82:

In 2017 zijn er minder aanvragen voor aanvullende activiteiten ontvangen dan verwacht. Ook de geplande nulmeting (punt prevalentie onderzoek) in 1.200 verpleeghuizen is verplaatst naar 2018. Hierdoor zijn de uitgaven voor antibioticaresistentie met € 4,2 miljoen lager uitgevallen dan verwacht.

Het punt prevalentie onderzoek in verpleeghuizen is inmiddels gestart. Daarnaast was het van 1 tot 15 mei 2018 opnieuw mogelijk voor zorgnetwerken en zorgaanbieders die deel uitmaken van een zorgnetwerk, om concrete voorstellen doen voor extra activiteiten en projecten – naast de elf in het functieprofiel van de zorgnetwerken opgenomen taken – en daarvoor subsidie aan te vragen. De ontvangen aanvragen zijn inmiddels in behandeling.

Vraag 83

Hoeveel onverzekerden waren er in 2017?

Antwoord 83:

Uit eind 2017 waren er 17.424 onverzekerde verzekeringsplichtigen bij het CAK geregistreerd. Dit zijn onverzekerden die in de Basisregistratie Personen zijn opgenomen.

Vraag 84

Welke extra kosten brengt de grote migratiestroom nog meer met zich mee naast de regeling vergoeding van zorg aan illegalen? Kan hiervan een overzicht worden gegeven?

Antwoord 84:

In dit antwoord ga ik uit van zorgkosten. Naast de zorgkosten die voortkomen uit de regeling onverzekerbare vreemdelingen financiert het Ministerie van VWS het volgende:

1. Kennisdelingsprogramma Gezondheid en vitaliteit vluchtelingen (over de jaren 2016 – 2018 is totaal € 2.577.295,- betaald).
2. Financiering van de Vereniging Nederlandse Gemeenten voor het onder de aandacht brengen van de gezondheid van statushouders (over de jaren 2016–2018 in totaal € 3.460.000,-)

Vraag 85

Gemeenten dragen zorg voor de ondersteuning via de Wet maatschappelijke ondersteuning, het budget voor de Wmo 2015 wordt via de integratie-uitkering sociaal domein aan gemeenten uitgekeerd; wat is het budget voor de Wet maatschappelijke ondersteuning dat wordt uitgekeerd in 2017, 2018, 2019 en 2020?

Antwoord 85:

In 2017 bedroeg het Wmo-budget inclusief het budget voor beschermd wonen € 3,616 miljoen en in 2018 zal dit € 3,794 miljoen zijn. Vanaf 2019 wordt het budget voor de Wmo 2015 (met uitzondering van het budget voor beschermd wonen) overgeheveld naar de algemene uitkering van het gemeentefonds. Het onderdeel Wmo (dus zonder beschermd wonen) betreft in 2019 € 2,277 miljoen in de algemene uitkering, in 2020 is dit € 2,272 miljoen.

Beschermd wonen wordt per 2019 een integratie-uitkering binnen het gemeentefonds. Voor 2019 en 2020 is de omvang € 1,672 miljoen. De volumegroei voor beschermd wonen voor het jaar 2020 wordt volgend jaar aan het budget vanaf 2020 toegevoegd.

Alle genoemde bedragen zijn afkomstig uit de meicirculaire 2018.

Vraag 86

Gemeenten ontvangen budget voor de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging; hoe hoog is dit budget?

Antwoord 86:

In 2018 bedraagt de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging € 1.294 miljoen. Dit bedrag is afkomstig uit de meicirculaire 2018.

Vraag 87

Gemeenten ontvangen budget voor de decentralisatie-uitkeringen maatschappelijke opvang en vrouwenopvang; hoe hoog is dit budget?

Antwoord 87:

In 2018 bedraagt de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang € 385 miljoen en de decentralisatie-uitkering vrouwen opvang € 130 miljoen. Deze bedragen staan in de meicirculaire 2018.

Vraag 88

Gemeenten ontvangen budget voor de algemene uitkering van het gemeentefonds; hoe hoog is dit budget?

Antwoord 88:

In 2018 bedraagt de algemene uitkering € 16,898 miljard. Dit bedrag staat in de meicirculaire 2018.

Vraag 89

Wat zijn de prijzen voor zorgzwaartepakketten in 2017 en in 2018?

Antwoord 89:

De NZa heeft de onderstaande prijzen voor de zorgzwaartepakketten in 2017⁸ en 2018⁹ gepubliceerd op haar website.

Prijzen zorgzwaartepakketten 2017**11.1 Verpleging en verzorging (v&v)**

zzp	incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
1vv	Z015	€ 67,53
2vv	Z025	€ 86,09

⁸ https://puc.overheid.nl/doc/PUC_21612_22/7/#71bb3340-9bc0-4385-b5f2-59e8f26e2da9

⁹ https://puc.overheid.nl/doc/PUC_21761_22/4/#8b92bbcd-b414-41d6-8c41-c4fefaefab63

zzp	Niet toegelaten voor bh		Toegelaten voor bh	
	incl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
3vv	Z031	€ 104,35	Z033	€ 130,53
4vv	Z041	€ 120,23	Z043	€ 146,75
5vv	Z051	€ 165,01	Z053	€ 192,89
6vv	Z061	€ 165,32	Z063	€ 193,21
7vv	Z071	€ 194,21	Z073	€ 230,17
8vv	Z081	€ 226,63	Z083	€ 262,58
9bvv	Z095	€ 160,84	Z097	€ 229,09
10vv	Z101	€ 247,97	Z103	€ 283,96

11.2 Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

zzp	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
Cliënten die verblijven vanwege de behandeling (ggz-B)				
1ggz-B	Z212	€ 78,51	Z213	€ 102,61
2ggz-B	Z222	€ 115,78	Z223	€ 137,76
3ggz-B	Z232	€ 126,06	Z233	€ 150,76
4ggz-B	Z242	€ 145,34	Z243	€ 171,37
5ggz-B	Z252	€ 157,12	Z253	€ 183,63
6ggz-B	Z262	€ 213,28	Z263	€ 240,43
7ggz-B	Z272	€ 284,49	Z273	€ 327,09

11.3 Gehandicaptenzorg (ghz)

11.3.1. Verstandelijk gehandicapt (vg)

zzp	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
1vg	Z414	€ 67,53	Z415	€ 103,59
2vg	Z424	€ 84,94	Z425	€ 121,01

zzp	Niet toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
3vg	Z430	€ 99,69	Z431	€ 135,75
4vg	Z440	€ 113,22	Z441	€ 149,31
5vg	Z454	€ 136,63	Z455	€ 185,99
6vg	Z460	€ 129,53	Z461	€ 178,85
7vg	Z470	€ 168,15	Z471	€ 251,58
8vg	Z480	€ 163,33	Z481	€ 212,69

zzp	Toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
3vg	Z432	€ 115,85	Z433	€ 151,92
4vg	Z442	€ 131,11	Z443	€ 167,19
5vg	Z456	€ 159,56	Z457	€ 208,92
6vg	Z462	€ 153,37	Z463	€ 202,70
7vg	Z472	€ 197,17	Z473	€ 280,58
8vg	Z482	€ 186,25	Z483	€ 235,60

11.3.1. Verstandelijk gehandicapt (vg)

zzp	Toegelaten voor bh	
	incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
1lvq	Z513	€ 143,01
2lvq	Z523	€ 184,26
3lvq	Z533	€ 227,36
4lvq	Z543	€ 267,43
5lvq	Z553	€ 266,20

11.3.3 Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (sylvq)

zzp	Toegelaten voor bh	
	incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
1sylvq	Z573	€ 346,54

11.3.4 Lichamelijk gehandicapt (lg)

zzp	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
1lg	Z614	€ 90,94	Z615	€ 135,44
2lg	Z624	€ 120,81	Z625	€ 161,33

zzp	Niet toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
3lg	Z630	€ 105,88	Z631	€ 150,38
4lg	Z640	€ 122,71	Z641	€ 163,22
5lg	Z650	€ 145,40	Z651	€ 189,90
6lg	Z660	€ 159,73	Z661	€ 200,25
7lg	Z670	€ 178,51	Z671	€ 212,52

zzp	Toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
3lg	Z632	€ 137,43	Z633	€ 181,94
4lg	Z642	€ 154,79	Z643	€ 195,30
5lg	Z652	€ 182,43	Z653	€ 226,92
6lg	Z662	€ 202,08	Z663	€ 242,56
7lg	Z672	€ 217,34	Z673	€ 251,33

11.3.5 Zintuiglijk gehandicapt auditief en communicatief (zg-aud)

zzp	Niet toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
1zg-aud	Z710	€ 107,91	Z711	€ 158,09
2zg-aud	Z720	€ 212,17	Z721	€ 276,49
3zg-aud	Z730	€ 247,57	Z731	€ 321,37
4zg-aud	Z740	€ 158,52	Z741	€ 208,71

zzp	Toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
1zg-aud	Z712	€ 126,14	Z713	€ 176,35
2zg-aud	Z722	€ 241,84	Z723	€ 306,21
3zg-aud	Z732	€ 277,27	Z733	€ 351,08
4zg-aud	Z742	€ 188,23	Z743	€ 238,42

11.3.6 Zintuiglijk gehandicapt visueel (zg-vis)

zzp	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
1zg-vis	Z814	€ 72,04	Z815	€ 113,87
2zg-vis	Z824	€ 107,40	Z825	€ 142,27

zzp	Niet toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
3zg-vis	Z830	€ 131,62	Z831	€ 166,50
4zg-vis	Z840	€ 167,30	Z841	€ 214,38
5zg-vis	Z850	€ 184,06	Z851	€ 231,12

zzp	Toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag	Prestatie-codes	Totaalwaarde per dag
3zg-vis	Z832	€ 152,19	Z833	€ 187,07
4zg-vis	Z842	€ 191,66	Z843	€ 238,71
5zg-vis	Z852	€ 212,67	Z853	€ 259,70

Prijzen zorgzwaartepakketten 2018

10.1 Verpleging en verzorging (vv)

zzp	incl. dagbesteding	
	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag
1vv	Z015	€ 97,07
2vv	Z025	€ 117,46

zzp	Niet toegelaten voor bh		Toegelaten voor bh	
	incl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag
3vv	Z031	€ 138,73	Z033	€ 166,95
4vv	Z041	€ 160,59	Z043	€ 190,32
5vv	Z051	€ 208,71	Z053	€ 241,07
6vv	Z061	€ 208,97	Z063	€ 242,14
7vv	Z071	€ 240,88	Z073	€ 282,58
8vv	Z081	€ 277,06	Z083	€ 319,35
9vv	Z095	€ 203,99	Z097	€ 289,88
10vv	Z101	€ 299,43	Z103	€ 341,29

10.2 Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

zzp	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
Cliënten die verblijven vanwege de behandeling (ggz-B)				
1ggz-B	Z212	€ 100,86	Z213	€ 136,17
2ggz-B	Z222	€ 139,23	Z223	€ 172,36
3ggz-B	Z232	€ 158,88	Z233	€ 194,73
4ggz-B	Z242	€ 178,72	Z243	€ 215,95
5ggz-B	Z252	€ 199,36	Z253	€ 238,16
6ggz-B	Z262	€ 254,19	Z263	€ 291,76
7ggz-B	Z272	€ 331,69	Z273	€ 390,79

10.3 Gehandicaptenzorg (ghz)

10.3.1. Verstandelijk gehandicapt (vg)

zzp	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
1vg	Z414	€ 94,60	Z415	€ 139,97
2vg	Z424	€ 112,52	Z425	€ 157,91

zzp	Niet toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
3vg	Z430	€ 127,71	Z431	€ 173,08
4vg	Z440	€ 141,64	Z441	€ 187,04
5vg	Z454	€ 167,72	Z455	€ 228,02
6vg	Z460	€ 158,32	Z461	€ 218,56
7vg	Z470	€ 200,17	Z471	€ 295,54
8vg	Z480	€ 202,77	Z481	€ 264,92

zzp	Toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
3vg	Z432	€ 145,55	Z433	€ 190,95
4vg	Z442	€ 161,26	Z443	€ 206,67
5vg	Z456	€ 197,89	Z457	€ 258,21
6vg	Z462	€ 189,34	Z463	€ 249,59
7vg	Z472	€ 236,61	Z473	€ 331,98
8vg	Z482	€ 232,94	Z483	€ 295,08

10.3.2 Licht verstandelijk gehandicapt (lvg)

zzp	Toegelaten voor bh	
	incl. dagbesteding	
	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
1lva	Z513	€ 181,78
2lva	Z523	€ 224,24
3lva	Z533	€ 281,04
4lva	Z543	€ 322,29
5lva	Z553	€ 321,03

10.3.3 Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (sylvg)

zzp	Toegelaten voor bh	
	incl. dagbesteding	
	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
1sylvg	Z573	€ 405,94

10.3.4 Lichamelijk gehandicapt (lg)

zzp	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
1lg	Z614	€ 119,28	Z615	€ 173,80
2lg	Z624	€ 150,03	Z625	€ 200,46

zzp	Niet toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
3lg	Z630	€ 134,66	Z631	€ 189,18
4lg	Z640	€ 151,99	Z641	€ 202,40
5lg	Z650	€ 178,59	Z651	€ 233,89
6lg	Z660	€ 198,33	Z661	€ 251,37
7lg	Z670	€ 217,66	Z671	€ 264,00

zzp	Toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag	Prestatiecode	Totaalwaarde per dag
3lg	Z632	€ 168,60	Z633	€ 223,13
4lg	Z642	€ 186,45	Z643	€ 236,87
5lg	Z652	€ 223,35	Z653	€ 278,64
6lg	Z662	€ 248,59	Z663	€ 301,59
7lg	Z672	€ 264,26	Z673	€ 310,58

10.3.5 Zintuiglijk gehandicapt auditief en communicatief (zg-aud)

zzp	Niet toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag
1zg-aud	Z710	€ 139,80	Z711	€ 199,96
2zg-aud	Z720	€ 247,13	Z721	€ 321,85
3zg-aud	Z730	€ 282,11	Z731	€ 367,97
4zg-aud	Z740	€ 191,90	Z741	€ 252,07

zzp	Toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag
1zg-aud	Z712	€ 161,12	Z713	€ 221,32
2zg-aud	Z722	€ 280,23	Z723	€ 355,01
3zg-aud	Z732	€ 319,24	Z733	€ 405,12
4zg-aud	Z742	€ 225,04	Z743	€ 285,22

10.3.6 Zintuiglijk gehandicapt visueel (zg-vis)

zzp	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag
1zg-vis	Z814	€ 102,87	Z815	€ 154,44
2zg-vis	Z824	€ 139,28	Z825	€ 183,67

zzp	Niet toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag
3zg-vis	Z830	€ 164,21	Z831	€ 208,62
4zg-vis	Z840	€ 201,37	Z841	€ 259,72
5zg-vis	Z850	€ 223,70	Z851	€ 283,86

zzp	Toegelaten voor bh			
	excl. dagbesteding		incl. dagbesteding	
	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag	Prestatie-code	Totaalwaarde per dag
3zg-vis	Z832	€ 187,94	Z833	€ 232,35
4zg-vis	Z842	€ 233,00	Z843	€ 291,34
5zg-vis	Z852	€ 259,70	Z853	€ 319,86

Vraag 90

Kunt u per zorgzwaartepakket in alle categorieën aangeven hoeveel er in 2017 reeds zijn afgegeven en hoeveel indicaties voor alle zorgzwaartepakketten in de periode 2015–2017 zijn afgegeven?

Antwoord 90:

Onderstaande tabel bevat het aantal door het CIZ genomen besluiten dat toegang heeft gegeven tot intramurale zorg in de jaren 2015–2017. Het gaat hierbij zowel om eerste indicaties als om herindicaties. In het overzicht zijn de grootste sectoren opgenomen. Voor de GGZ-B geldt dat er in 2017 een herindicatietraject is uitgevoerd. Het CIZ heeft in 2017 5.162 besluiten GGZ-B genomen.

	V&V	VG	LG
2015	92.519	14.217	5.249
2016	102.706	18.751	5.801
2017	76.393	8.873	2.257

De gegevens over 2015 en 2016 zijn met een uitsplitsing op het niveau van het zorgprofiel te vinden op:

<https://www.ciz.nl/images/pdf/cijfers-en-feiten/>

Kwartaalrapportage_indicatiestelling_Wlz_Q1_2016_tm_Q4_2016.pdf

Voor 2017 heeft het CIZ aanvullende gegevens verstrekt.

Vraag 91

Hoeveel bedragen de uitgaven voor persoonsgebonden budgetten in de jaren 2015, 2016 en 2017, uitgesplitst naar domein?

Antwoord 91:

Tabel Uitgaven voor persoonsgebonden budgetten in de jaren 2015, 2016 en 2017 uitgesplitst naar domein

Bedragen x € 1 miljoen

Uitgaven	Wlz	Wmo	Jeugdwet	Zvw
2015	1.285	673	297	297
2016	1.463	591	286	307
2017	1.756	447	189	328

Vraag 92

Hoeveel mensen maken gebruik van een maatwerkvoorziening binnen de Wmo, uitgesplitst in thuiszorg, dagbesteding, begeleiding, beschermd wonen en hulpmiddelen (en/of een combinatie hiervan)?

Antwoord 92:

Op basis van de gegevens van de deelnemende gemeenten heeft het CBS modelmatig een schatting gemaakt het totaal aantal cliënten met Wmo maatwerkvoorzieningen in Nederland. In 2016 maakten iets meer dan 1 miljoen Nederlanders gebruik van een maatwerkvoorziening in het kader van de Wmo 2015. Dit is 6,2 procent van alle Nederlanders. Deze modelschatting is gebaseerd op gegevens van 243 van de 390 gemeenten, waaronder de vier grootste gemeenten. Hiermee is de schatting gebaseerd op 11,9 miljoen van de 17 miljoen Nederlanders.

Ook is een schatting gemaakt van het aantal cliënten met een bepaald type Wmo maatwerkarrangement. Er worden vier typen arrangement onderscheiden. Omdat een inwoner meerdere arrangementen van verschillende typen kan hebben, telt de onderverdeling niet op tot het totaal aantal inwoners met Wmo maatwerkarrangementen.

Totaal aantal cliënten met Wmo maatwerkarrangement	1.053.505
waarvan cliënten met ondersteuning thuis ¹	264.760
waarvan cliënten met hulp in het huishouden	408.665
waarvan cliënten met verblijf en opvang	34.995
waarvan cliënten met hulpmiddelen en diensten ²	701.835

¹ Hieronder vallen zaken als begeleiding, persoonlijke verzorging, dagbesteding.

² Hieronder vallen zaken als woondiensten en -voorzieningen, vervoersdiensten- en voorzieningen, rolstoelen.

Vraag 93

Hoeveel persoonsgebonden budgetten zijn in 2017 afgegeven, uitgesplitst naar de vier zorgdomeinen (Wlz, Wmo 2015, Jeugdwet en Zvw)?

Antwoord 93:

In het jaarverslag is onder beleidsartikel 3 (pagina 57) een tabel opgenomen met het aantal budgethouders ultimo 2017. Er waren ultimo 2017 59.237 Wmo-budgethouders en 17.615 Jeugdwet-budgethouders. Het aantal budgethouders in de Zvw was 18.356.

Voor de Wlz is in de tabel een aantal genoemd van 39.433. Hierbij is opgemerkt dat het een voorlopig aantal betreft. Inmiddels heeft de NZa een definitief cijfer bekend gemaakt, ook te vinden op de Monitor Langdurige Zorg. Het definitieve aantal budgethouders ultimo 2017 bedraagt volgens de NZa 39.943.

Vraag 94:

Welke redenen zijn in 2017 genoemd door gemeentes en aanbieders om niet de iWmo of iJw standaarden te gebruiken? Indien het wetsvoorstel om de standaarden te verplichten wordt aangenomen, binnen welke tijd dienen dan alle aanbieders en gemeentes overgestapt te zijn?

Antwoord 94:

Door het programma i-Sociaal Domein zijn, in opdracht van de VNG en de branches, drie uitvoeringsvarianten ontwikkeld die bestaan uit een aantal instrumenten (iWmo/iJw-standaarden, het accountantsprotocol, standaardinkoopartikelen en productcodes). Op dit moment werken alle gemeenten met de iWmo/iJw-standaarden, maar passen niet alle gemeenten deze standaarden consequent toe. Dit komt bijvoorbeeld doordat gemeenten taakgericht inkopen, maar op cliëntniveau (inspanningsgericht) om verantwoording vragen of omdat de uitvoeringsvariant volgens gemeenten niet altijd past bij het lokale of regionale beleid. Gemeenten kunnen bij het afsluiten van nieuwe contracten met aanbieders kiezen voor een van de drie uitvoeringsvarianten. Door de VNG is een monitor gepubliceerd voor de Wmo 2015 en de Jeugdwet over het gebruik van de drie uitvoeringsvarianten door gemeenten¹⁰. Momenteel ben ik met de VNG en de branches voor zorgaanbieders in gesprek over de vormgeving van de ministeriële regeling die wordt opgesteld op grond van het wetsvoorstel regionale samenwerking en vermindering uitvoeringslasten. Eén van de gespreksonderwerpen is het tijdstip van inwerkingtreding van de regeling.

Vraag 95:

Waarom werken gemeenten en aanbieders nog niet altijd met de iWMO/ijW standaarden?

Antwoord 95:

¹⁰ <https://vng.nl/onderwerpenindex/sociaal-domein/isd-informatievoorziening-sociaal-domein/nieuws/isd-standaarden-jeugdwet-en-wmo-consistent-toegepast>

Door het Programma i-Sociaal Domein zijn, in opdracht van de VNG en de branches, drie uitvoeringsvarianten ontwikkeld die bestaan uit een aantal instrumenten (iWmo/iJw-standaarden, het accountantsprotocol, standaardinkoopartikelen en productcodes). Op dit moment werken alle gemeenten met de iWmo/iJw-standaarden, maar passen niet alle gemeenten deze standaarden consequent toe. Dit komt bijvoorbeeld doordat gemeenten taakgericht inkopen, maar op cliëntniveau (inspanningsgericht) om verantwoording vragen of omdat de uitvoeringsvariant volgens gemeenten niet altijd past bij het lokale of regionale beleid. Gemeenten kunnen bij het afsluiten van nieuwe contracten met aanbieders kiezen voor een van de drie uitvoeringsvarianten. Door de VNG is een monitor gepubliceerd voor de Wmo 2015 en de Jeugdwet over het gebruik van de drie uitvoeringsvarianten door gemeenten¹¹.

Vraag 96

Binnen het rijk wordt gewerkt aan een implementatieplan van het VN-verdrag. Wat zijn de verwachte kosten voor het rijk voor het uitvoeren van het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking?

Antwoord 96:

Per betrokken ministerie worden kosten gemaakt voor het toegankelijker maken van Nederland uit hoofden van de verplichting: van het verbeteren van toegankelijkheid van het openbaar vervoer tot het toegankelijker maken van overheidswebsites. Er is geen totaal overzicht van al deze uitgaven van alle ministeries.

Ook verstrekt het Ministerie van VWS een subsidie aan de Alliantie, VNG en VNO-NCW/MKB-Nederland ten behoeve van de implementatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Die subsidie bedraagt in totaal circa € 3 miljoen voor de jaren 2017, 2018 en 2019.

Vraag 97

Hoeveel mantelzorgers waren er in 2017 en hoeveel daarvan waren overbelast?

Antwoord 97:

De meest recente cijfers dateren uit 2016. Toen waren er circa 4,4 miljoen mantelzorgers. 8,6% van hen voelt zich zwaar belast. Dat zijn 380.000 mantelzorgers. (*Bron: SCP Voor Elkaar, 2017*)

Vraag 98

Hoe vaak is een verpleeghuiszorg instelling in 2017 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aangesproken over het niet op orde zijn van de zorg? Hoe verhoudt dat zich ten opzichte van de afgelopen 5 jaar?

Antwoord 98:

Wanneer de inspectie tijdens haar toezicht tekortkomingen in de zorg constateert, spreekt zij de zorgaanbieder hierop aan, zodat die hiervan kan leren en maatregelen kan treffen om de tekortkomingen weg te nemen. Wanneer dit onvoldoende effect heeft of wanneer de inspectie risico's voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg constateert kan zij een maatregel opleggen. In algemene zin is het zo dat bij de meeste toezichtonderzoeken (zoals inspectiebezoeken of naar aanleiding van een calamiteitenmelding) wel sprake is dat er verbeterpunten zijn voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het opleggen van een maatregel is meestal niet nodig om de verbetering te realiseren.

¹¹ <https://vng.nl/onderwerpenindex/sociaal-domein/isd-informatievoorziening-sociaal-domein/nieuws/isd-standaarden-jeugdwet-en-wmo-consistent-toegepast>

De inspectie legde in 2015–2017 de volgende maatregelen op aan zorgaanbieders in de V&V-sector:

maatregel	2015	2016	2017
aanwijzing gegeven	0	7	6
bevel gegeven	1	1	0
last onder dwangsom opgelegd	1	1	1
verscherpt toezicht ingesteld	6	7	1
opgelegde boete	0	0	3
waarschuwing gegeven	3	7	9

Vraag 99

Hoeveel verpleeghuiszorg instellingen met urgente kwaliteitsproblemen zijn in 2017 door de IGZ ondersteund?

Antwoord 99:

Zie het antwoord op vraag 98.

Vraag 100

Wat merken cliënten in de praktijk van de genoemde waardevolle resultaten die in het kader van waardigheid en trots zijn geboekt?

Antwoord 100:

Binnen Waardigheid en trots zijn stappen gezet in transparantie voor de cliënt. Er is meer inzicht in cliëntervaringen via www.zorgkaartNederland.nl. In 2017 zijn er bijvoorbeeld circa 25.000 cliëntervaringen bij gekomen op de website. Naast ervaringsgegevens op zorgkaartnederland.nl zijn basisveiligheidsindicatoren openbaar gemaakt en gepubliceerd. Er is daarnaast € 200 miljoen extra middelen voor dagactiviteiten en professionalisering beschikbaar gesteld. Uit het evaluatieonderzoek van de middelen dat op 3 februari 2017 (Kamerstuk 31 765, nr. 262) aan uw Kamer is gezonden blijkt dat de ondernemingsraad (OR), verpleegkundige adviesraad (VAR) en de cliëntenraden ((C)CR) tevreden zijn met de manier waarop deze worden ingezet en dat door de extra middelen meer aandacht is voor zinvolle daginvulling voor bewoners.

Binnen Ruimte voor verpleeghuizen, onderdeel van Waardigheid en trots, hebben verpleeghuisaanbieders tal van activiteiten opgepakt met als doel om de kwaliteit voor de cliënt te verbeteren. In de eindrapportage, die ik eind maart jongstleden aan uw Kamer heb gezonden (Kamerstuk 34 104, nr. 208) staat wat de verbeterplannen hebben opgeleverd voor de cliënt, mantelzorger en zorgprofessional. Door elke individuele aanbieder is er een factsheet opgesteld met de opbrengsten. Overkoepelend ontstaat het volgende beeld: er is een beweging in gang gezet om de verpleeghuiszorg te verbeteren, in nagenoeg alle factsheets worden positieve effecten voor cliënten en professionals weergegeven. De positieve effecten voor cliënten zit hem vooral in de toename die men ziet in het hebben van aandacht voor de individuele behoeften. Deelnemende zorgaanbieders en cliëntenraden geven aan dat de cliënt of bewoner meer regie en eigenaarschap ervaart en dat meer wordt aangesloten bij de belevingswereld. In veel verschillende verbeterplannen is geïnvesteerd in het contact met de bewoner en zijn omgeving over de invulling van de dag en zijn er nieuwe ideeën ontstaan, bijvoorbeeld een marktplaats waar vraag en aanbod aan elkaar worden gekoppeld en ook mensen uit de wijk worden betrokken. Een ander voorbeeld waar veel zorgaanbieders mee aan de slag zijn gegaan is het zorgleefplan. Door cliënten en hun naasten meer te betrekken bij het opstellen van het zorgplan zijn de wensen en behoeften van cliënten meer richtinggevend geworden bij de inrichting van zorg en leven. De resultaten van de verbeterplannen zijn ook opgetekend in praktijkvoorbeelden op de website van Waardigheid en trots, zodat ze

voor andere zorgaanbieders inspiratie bieden verbeteringen voor cliënten aan te brengen.

Vraag 101

Wat was de participatie en zelfredzaamheid van mensen met beperkingen in 2017?

Antwoord 101:

Daar zijn geen cijfers over bekend. Het meest recente onderzoek dateert uit 2016.

Vraag 102

Wat is de ontwikkeling van de afgelopen vijf jaar in participatie en zelfredzaamheid van mensen met beperkingen?

Antwoord 102:

Het Nivel heeft een vergelijking gedaan in de participatie van mensen met een beperking tussen 2012 en 2016. Daaruit zijn de volgende ontwikkelingen te halen:

- Ruim 80 procent van de mensen met een verstandelijke beperking gaf aan in 2016 gemakkelijk bij voorzieningen te kunnen komen, terwijl dat in 2012 75 procent was.
- Van de (algemene) bevolking had in 2016 bijna driekwart betaald werk, terwijl dit onder mensen met een lichamelijke beperking 36 procent was en onder mensen met een psychische aandoening 22 procent. Dit was ook al zo in 2012.
- Mensen met een chronische ziekte vinden het openbaar vervoer iets toegankelijker geworden sinds 2012.

Vraag 103

Welke maatregelen heeft het kabinet genomen om de participatie en zelfredzaamheid van mensen met beperkingen te bevorderen?

Antwoord 103:

Het vergroten van de participatie en zelfredzaamheid van mensen met een beperking is een belangrijk onderdeel van de implementatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap in Nederland. Voor de implementatie van dit Verdrag heeft het kabinet maart 2017 een implementatieplan uitgebracht. Dit plan bevat de eerste stappen van rijksoverheid, gemeenten, organisaties en bedrijven om samen de ambities uit het Verdrag – waaronder op het gebied van participatie en zelfredzaamheid – te verwezenlijken. Juni 2018 is het kabinet voornemens om, voortbordurend op dit eerdere plan, een concreet programma voor de verdere implementatie van het Verdrag te lanceren.

Maatregelen op het gebied van participatie en zelfredzaamheid komen in het implementatieplan (2017) en implementatieprogramma (2018) meer uitvoerig aan de orde. Concrete manieren om de participatie en zelfredzaamheid van mensen met een beperking te bevorderen zijn bijvoorbeeld maatregelen die het makkelijker maken om zelfstandig met het openbaar vervoer te reizen. Hiertoe worden haltes en stations meer toegankelijk gemaakt. Andere maatregelen richten zich op het wegnemen van drempels in het onderwijs of het vergroten van de werkgelegenheid voor mensen met een beperking, via het Sociaal Akkoord dat hierover met sociale partners is afgesloten. Ook gemeenten hebben een belangrijke rol. Daarom zijn er bepalingen opgenomen in de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet die aan gemeenten vragen om ook lokaal uitvoering te geven aan het VN-verdrag.

Daarnaast wordt er langs vele andere wegen bijgedragen aan de zelfredzaam het en participatie van mensen met beperkingen. Zoals door middel van de maatregelen in de eerder dit jaar gepubliceerde programma's «Eén tegen eenzaamheid» en «Zorg voor de jeugd» en de nog uit te brengen programma's «langer thuis» en «gehandicaptenzorg» (werktitels).

Vraag 104:

Zijn de eisen voor het gebruik van het bovenregionaal gehandicaptenvervoer (BRV) aangescherpt in 2017? Zo nee, waarom is er minder gebruik gemaakt van het BRV?

Antwoord 104:

Nee, de eisen voor het gebruik van het BRV (ook bekend als Valys), zijn in 2017 niet aangescherpt. Zoals in het jaarverslag is toegelicht is het BRV vraagafhankelijk vervoer; de keuze om vervoer te boeken berust bij de pashouder. Dit betekent dat persoonlijke overwegingen en andere factoren, zoals de toegankelijkheid van het openbaar vervoer, de vraag bepalen.

Vraag 105

Er is € 2,9 miljoen beschikbaar gesteld voor werkagenda informele zorg aan de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Hoe is dit geld besteed?

Antwoord 105:

Per abuis is in het jaarverslag de term werkagenda informele zorg gebruikt in plaats van werkagenda «Administratie en ICT». In 2017 is een subsidie van € 2,9 miljoen beschikbaar gesteld aan de VNG voor de uitvoering van deze werkagenda. Het doel hiervan was administratieve lasten en regeldruk voor gemeenten en aanbieders terug te dringen. Deze middelen zijn besteed aan het ondersteunen van gemeenten en aanbieders bij het inregelen en consequent toepassen van de uitvoeringsvarianten, de iWmo-standaarden, de iJw-Standaarden, het toepassen van het accountantsprotocol, het organiseren van regionale bijeenkomsten met gemeenten en aanbieders en het opstellen/bijwerken van handreikingen.

Vraag 106

Er is € 0,3 miljoen beschikbaar gesteld aan projectsubsidies voor vrouwelijke genitale verminking. Welke instelling heeft dit bedrag gekregen? Wat is de uitkomst van dit project? Hoeveel meisjes zijn er door dit project minder besneden?

Antwoord 106:

In 2017 is aan drie verschillende organisaties subsidies verstrekt voor projecten die gericht zijn op de aanpak van vrouwelijke genitale verminkingen (hierna: VGV). Het gaat bij alle drie organisaties om een projectsubsidie die voor meerdere jaren is toegekend.

In de eerste plaats is er subsidie beschikbaar gesteld aan de Federatie van Somalische Associaties in Nederland (FSAN) voor het project «Landelijke bestrijding VGV/Instandhouding netwerk en doorontwikkelingsnetwerk 2016–2017». Dit project had tot doel om het netwerk van sleutelpersonen in stand te houden. De sleutelpersonen gaan het gesprek aan met ouders en in de gemeenschap over de strafbaarheid van en de gezondheidsgevaaren van meisjesbesnijdenis. Zij richten zich daarbij op de gemeenschappen waarvan bekend is dat in het moederland VGV voorkomt. Daarnaast is er subsidie verstrekt aan GGD GHOR Nederland voor het project «Vrouwelijke Genitale Verminking Vervolg 2016 – 2018». Dit project

behelst zowel activiteiten op het gebied van preventie van VGV als ook het organiseren van zorg voor besneden vrouwen.

Tot slot is er subsidie beschikbaar gesteld aan Stichting Pharos, een expertisecentrum voor gezondheidsverschillen, voor het project «Onderzoek omvang en risico VGV in Nederland 2017 – 2019». Deze subsidie is onder andere bestemd voor een onderzoek naar de prevalentie en incidentie van VGV.

Preventie meten is zeer lastig. Er kan daarom niet worden aangegeven hoeveel meisjes er minder besneden zijn door deze drie projectsubsidies.

Vraag 107:

Wat is de verklaring dat minder mensen gebruik maken van het bovenregionaal vervoer?

Antwoord 107:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 108:

Wat is de reden van het lagere gebruik van Valys?

Antwoord 108:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 109

Welke evaluatierapporten zijn er nog te verwachten over de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) en welke kennisvragen over de Wmo zullen hierin worden beantwoord?

Antwoord 109:

Voor 1 juli 2018 zal, als laatste van de evaluatierapporten, nog het eindrapport van de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Dit rapport is met inbegrip van de evaluatie van de Wmo 2015 en de Wlz. Het SCP voert deze evaluatie uit op verzoek van VWS. Het onderzoek van het SCP richt zich op de vraag of in de periode 2015 tot en met 2017, de eerste jaren na de stelselwijziging, beweging waarneembaar is in de richting die de wetgever voor ogen had. Hieronder worden de onderzoeksvragen en doelen van de hervorming en de betreffende wetten zoals deze door het SCP verwoord zijn benoemd.

De evaluatie kent twee centrale vragen:

- A) In hoeverre worden de doelen van de hervorming van de langdurige zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald (voor – potentiële – gebruikers en voor het wettelijk systeem)?
- B) In hoeverre houdt het doelbereik verband met de uitvoering van de betreffende wetten en maatregelen en met de vrijwillige inzet van burgers? Welke andere factoren spelen een rol? Zijn er (on)gewenste neveneffecten?

De hervorming van de langdurige zorg kent de volgende doelen op het niveau van het stelsel:

1. het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg;
2. het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving (meer voor elkaar zorgen);
3. financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning.

Daarnaast zijn er doelen voor mensen met behoefte aan zorg of ondersteuning:

1. meer participatie/ meer gelijke deelname aan de maatschappij;

2. meer eigen regie;
3. meer zelfredzaamheid/ meer zelfstandigheid;
4. langer/ zo lang mogelijk zelfstandig wonen;
5. minder eenzaamheid;
6. meer kwaliteit van leven.

Vraag 110

Tot wanneer loopt het programma In voor Zorg? En hoe verhoudt het programma zich tot het programma Waardigheid en Trots op elke locatie?

Antwoord 110:

Het «InVoorZorg!» programma is in 2017 afgerond. Het eindverslag en de evaluatie waren gevoegd bij de vijfde voortgangsrapportage van «Waardigheid en Trots» die de Tweede Kamer op 4 juli 2017 (Kamerstuk 31 765, nr. 279) heeft ontvangen.

«InVoorZorg!» is in 2009 gestart om de zorgaanbieders die (mede) AWBZ gefinancierd waren te ondersteunen meer toekomstbestendig te worden. Het ging daarbij in de eerste plaats om onderwerpen zoals ruimte voor de professional, bedrijfsvoering, inzet van technologie en ketenzorg. «Waardigheid en Trots» is in 2015 gestart om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren door de positie van de cliënt en de professional te versterken.

Vraag 111

De Sociale Verzekeringsbank heeft in 2015 voor het laatste jaar de Regeling Waardering Mantelzorg uitgevoerd. Hoeveel gemeenten hebben deze regeling overgenomen? Welk bedrag is hiermee gemoeid?

Antwoord 111:

Voor het mantelzorgcompliment is per 2015 een wettelijke verplichting voor gemeenten om mantelzorgwaardering te geven, in de plaats gekomen. Dit hoeft niet een financiële regeling te zijn. Gemeenten hebben vanaf 2015 structureel € 100 miljoen per jaar toegevoegd gekregen aan het gemeentefonds.

Vraag 112

Wat is de verdeling over de verschillende indicaties van de pgb-houders in de Wlz in de jaren sinds 2015? Wat is de gemiddelde hoogte van het toegekende pgb per jaar sinds 2015?

Antwoord 112:

Voor de Wlz ziet de gevraagde verdeling er als volgt uit:

Tabel Verdeling over verschillende indicaties

% budgethouders ¹	2015	2016
zpz VV	18%	20%
zpz VG	51%	53%
zpz LG	8%	9%
zpz ZG	1%	1%
geen zpz	25%	19%

¹ Declaraties kunnen doorlopen als de indicatie is aangepast. Personen kunnen hierdoor tegelijkertijd in meerdere zpz-categorieën terechtkomen waardoor het totaal meer is dan 100%

Bovenstaande verdeling is gebaseerd op het aantal budgethouders dat bij de SVB pgb-declaraties heeft ingediend.

De categorie «geen zpz» betreft cliënten die geen indicatie met een zorgprofiel hebben maar beschikken over een indicatie in functies en klassen.

De verdeling over 2017 is nog niet beschikbaar

Bron: CBS Monitor Langdurige Zorg (SVB-CIZ).

De gemiddelde hoogte van het toegekende pgb ziet er als volgt uit:

Tabel gemiddeld toegekend budget per budgethouder

Gemiddeld toegekend budget per budgethouder	2015	2016	2017
Wmo	€ 7.413	€ 6.738	€ 6.807
Jeugdwet	€ 11.603	€ 9.331	€ 9.482
Wlz	€ 40.596	€ 44.659	€ 49.968
Zvw	€ 15.400	€ 19.200	€ 16.600

Bron:

WLZ: CBS Monitor Langdurige Zorg (NZa)

Wmo en Jeugdwet: SVB

Zvw: Zorgverzekeraars

Vraag 113

Kunt u een overzicht geven van de bedragen die zorgverzekeraars hebben teruggevorderd omdat declaraties onjuist bleken alsmede de opbrengst van fraudeonderzoek door zorgverzekeraars voor zowel onjuistheden als daadwerkelijke fraude voor de periode 2006–2017?

Antwoord 113:

Sinds 2011 verzamelt en publiceert Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de resultaten van zorgverzekeraars naar aanleiding van de formele en materiële controles en fraudeonderzoeken. Onderstaand overzicht geeft voor de jaren 2010–2016 de bedragen weer van de geconstateerde onjuiste declaraties uit de formele en materiële controles, het totaal onterecht gedeclareerd bedrag dat met fraudeonderzoek is vastgesteld¹² en de (daarvan) door zorgverzekeraars vastgestelde fraude. Alle onterecht uitgekeerde declaraties worden in beginsel teruggevorderd, ongeacht of het om een fout of om fraude gaat. De cijfers over 2017 zijn nog niet beschikbaar.

Bedragen x € 1 miljoen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Onjuistheden n.a.v. controles door zorgverzekeraars	106	167	198	329	449	485	367
Fraudeonderzoek (Waarvan) vastgestelde fraude door zorgverzekeraars	–	–	15,9	27	53	20	24,8
	6,2	7,7	6	9,3	18,7	11,1	18,9

Bron: Zorgverzekeraars Nederland

Vraag 114

Wat is er in 2017 gedaan om de ondersteuning van oudere cliënten te verbeteren?

Antwoord 114:

In 2017 is een aantal initiatieven ontwikkeld die bijdragen aan het realiseren van de in 2015 gestelde doelen met de hervorming langdurige zorg. Deze initiatieven dragen ook bij aan de verbetering van de ondersteuning van oudere cliënten. Het gaat onder meer om de volgende initiatieven die bijdragen aan of speciaal gericht zijn op de ondersteuning van oudere cliënten.

Gemeenten en verzekeraars

- Op het terrein van samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars lag de focus vooral op ontwikkeling en verspreiding van goede praktijken om de ondersteuning van oudere cliënten te verbeteren.

¹² Zorgverzekeraars brachten vóór 2012 dit bedrag nog niet apart in kaart.

- In het Jongerius overleg, een overleg gestart door directeuren van gemeenten en verzekeraars, worden deze samenwerking en goede praktijken van samenwerking besproken.
- Een goed voorbeeld van zo'n praktijk is Samen Oud, een werkwijze gericht op samenhangende, preventieve en proactieve zorg en begeleiding voor thuiswonende 75-plussers.
- De functie onafhankelijke cliëntondersteuning wordt doorontwikkeld. Een mooie ontwikkeling is dat er steeds meer speciaal getrainde vrijwillige ouderenadviseurs (van de ANBO of de KBO/PCOB) actief zijn.
- Op lokaal niveau is, onder andere door middel van het programma Aandacht voor Iedereen, gewerkt aan het verbeteren van de cliënt- en burgerparticipatie van alle cliënten, waaronder natuurlijk ook ouderen.
- Samen met het Ministerie van SZW is gewerkt aan het vergroten van draagvlak voor de verruiming van de mogelijkheden om het verrichten van mantelzorg te combineren met het verrichten van betaald werk. Daarnaast is geïnvesteerd in het vergroten van de bekendheid van mantelzorgondersteuning en is het belang van voldoende respijtzorg voortdurend onder de aandacht van gemeenten gebracht. Bij de activiteiten met betrekking tot mantelzorg is Mezzo een belangrijke samenwerkingspartner.

Zorg vanuit de WLZ

- Verpleeghuizen werken in het kader van het programma «Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen» aan de verbetering van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Er is in 2017 € 130 miljoen beschikbaar gekomen voor zowel deskundigheidsbevordering van zorgverleners als dagactiviteiten voor bewoners.
- Samen met zorgkantoren, MEE en Zorgbelang is een traject gestart om de uitvoering van de functie cliëntondersteuning in de Wlz te verbeteren.

Vraag 115

Waarom is er een onderbesteding waar te nemen in de post subsidies voor de Patiënten- en Gehandicaptenorganisaties over 2017?

Antwoord 115:

In de oorspronkelijke begrotingsraming is rekening gehouden met circa 240 patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Het zijn er inmiddels ruim 40 minder.

Vraag 116

Wat heeft het programma Rechtmatige zorg tot nu toe opgeleverd in euro's, door minder fraude, etc.? Wat waren de doelen op dat punt?

Antwoord 116:

Het programma Rechtmatige Zorg 2015–2018 is in 2015 van start gegaan met als doel om alle vormen van onrechtmatigheid in de zorgsector substantieel te verminderen. De aanpak is zowel gericht op fouten, waarbij mensen de regels overtreden als gevolg van onwetendheid, vergissingen of onduidelijkheden, als op fraude, waarbij opzettelijk misleidend wordt gehandeld met het oog op (financieel) gewin. Over de hele linie heeft het programma al een sterke impuls gegeven aan het versterken van rechtmatigheid in de zorg. In de zesde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg (Kamerstuk 28 828, nr. 105) hebben we uw Kamer geïnformeerd over de voortgang, resultaten en impact van het programma Rechtmatige Zorg van de afgelopen drie jaar.

De opbrengsten van de aanpak van fouten en fraude laat zich niet goed kwantificeren in euro's. Om die reden is daar ook geen doel vooraf aan gekoppeld.

Fraude mag niet lonen. Het kabinet heeft daarom de morele verplichting fraude en onrechtmatigheden te voorkomen en aan te pakken waar mogelijk. Elke euro in de zorg telt en moet dus correct worden besteed. Daarnaast leveren de onderzoeken door zorgverzekeraars, toezicht-houders en opsporingsdiensten het nodige op. Hun inspanningen hebben ook een preventieve werking, doordat het potentiële fraudeurs afschrikt. Dat effect laat zich echter (ook) niet in cijfers vatten. Datzelfde geldt bijvoorbeeld ook voor de effecten van preventieve fraudetoetsen op voorgenomen wet- en regelgeving, omdat je niet kunt meten hoeveel fraude je hebt voorkomen.

Vraag 117

Als het gaat om de jeugd(gezondheids)zorg in Caribisch Nederland, welke acties zijn in 2017 ondernomen om de situatie te verbeteren in ieder geval met betrekking tot opvoedingsondersteuning, meer seksuele educatie en een sluitende aanpak van kindermishandeling?

Antwoord 117:

Voor de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling is door VWS en de Openbare Lichamen in 2017 een bestuursakkoord getekend. De Openbare Lichamen gaan de komende jaren aan de slag met de uitvoering van hun concrete werkplannen en VWS zal waar nodig de hulpverleningsketen versterken en de implementatie van de werkplannen monitoren. Eventuele ontbrekende schakels in de keten (zoals bijvoorbeeld tijdelijke opvang) worden kritisch bekeken en waar mogelijk opgelost. Op Bonaire is gestart met een Directieberaad Jeugd waarin de kernorganisaties binnen de jeugdketen vertegenwoordigd zijn. Door betere afstemming is de verwachting dat meer preventief kan worden gewerkt en problemen binnen het gezin of met het kind eerder worden signaleerd en opgepakt. Op Bonaire is voor seksuele educatie meer geld vrijgemaakt voor het Centrum Jeugd en Gezin, zodat de inzet kan worden vergroot. Op Sint Eustatius is geïnvesteerd in de samenwerking tussen het maatschappelijk werk, de kinderopvang en het centrum Jeugd en Gezin. Op Saba is begin 2018 gestart met een tweejarige pilot waarin de preventieve jeugdtaken bij het openbaar lichaam (bij het bestaande maatschappelijk werk) zijn ondergebracht.

Vraag 118

Als het gaat om de jeugd(gezondheids)zorg in Caribisch Nederland, kan aangegeven worden; welke belangrijkste verbeterpunten er bestaan, welke acties hierop ondernomen worden, welke budgetten hiervoor beschikbaar zijn en welke doelen hierop geformuleerd worden?

Antwoord 118:

VWS is verantwoordelijk voor het stelsel, beleid en uitvoering van jeugdzorg en gezinsvoogdij in Caribisch Nederland. Op Saba en Sint Eustatius komt hier het preventieve jeugdbeleid bij. Voor 2018 en 2019 ligt de focus op het professionaliseren van de Jeugdzorg en Gezinsvoogdij Caribisch Nederland (JGCN) en versterken van preventie en het verbeteren van de jeugdhulpverleningsketen (mede gericht op voorkomen van huiselijk geweld en kindermishandeling). JGCN start in 2018 met een samenwerking met twee Nederlandse jeugdhulporganisaties om de organisatie verder te versterken. Een belangrijk verbeterpunt is het uitbreiden en verbeteren van de pleegzorg en het onderzoeken en waar nodig laten opzetten van kleinschalige, tijdelijke en flexibele opvangmogelijkheden. Het budget voor jeugd(zorg) is circa \$ 7 miljoen per jaar, inclusief de subsidiering van vier naschoolse organisaties voor kinderen in de leeftijd van 6–15 jaar op de drie eilanden. Voor de aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling is door VWS en de Openbare Lichamen in 2017 een bestuursakkoord getekend. Voor de implementatie van het

akkoord is in totaal € 1,3 miljoen beschikbaar, onder andere voor het opzetten van een meldpunt en tijdelijke opvang. Daarnaast is in 2017 voor drie jaar opnieuw subsidie toegekend aan het Veiligheidshuis, zodat in totaal 15 organisaties gezamenlijk jeugdproblematiek en probleemgezinnen aan blijven pakken.

Het Openbaar Lichaam Saba is bezig om in 2018 en 2019 preventieve jeugdtaken op te zetten en het bereik verder te vergroten. Saba ontvangt hiervoor \$ 125.000 per jaar. Centrum Jeugd en Gezin Bonaire krijgt \$ 42.000 per jaar om 1 extra jeugd- en gezinsmedewerker aan te nemen.

Vraag 119

Wat is, in het licht van de arbeidsmarkt opgaven, de reden dat er een ruime onderbesteding heeft plaatsgevonden op de post «Stageplaatsen zorg / Stagefonds»?

Antwoord 119:

De onderuitputting bij het stagefonds wordt veroorzaakt door de gehanteerde systematiek om de hoogte van de vergoeding te berekenen. Deze komt erop neer dat de vergoeding per cluster van opleidingen hoger wordt naarmate er minder stages zijn gerealiseerd. Tegelijkertijd is de hoogte van de vergoeding gemaximeerd zodat risico's op staatssteun voorkomen kan worden. Minder gerealiseerde stageplaatsen leiden daarmee eerst tot een hogere vergoeding. Indien het maximum bedrag bereikt wordt treedt echter onderuitputting op. Voor het schooljaar 2017–2018 is de berekening van de normbedragen aangepast en meer gericht op tekortberoepen. De verwachting is dat deze aanpassing leidt tot betere uitputting van het budget.

Vraag 120

Hoeveel stagiaires waren er in de jaren vanaf 2013?

Antwoord 120:

Het aantal op basis van de subsidieregeling Stageplaatsen Zorg II gefinancierde stageplaatsen (in fte) is vanaf 2013 als volgt:

Studiejaar	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
Aantal gefinancierde stageplaatsen	50.577	50.915	47.266	48.986	45.798

Vraag 121

Hoeveel opleidingsplaatsen waren beschikbaar voor de jeugd-ggz? Hoeveel meer of minder dan in 2016?

Antwoord 121:

Instellingen die alleen maar Jeugd GGZ leveren hebben in 2017 in totaal 14 opleidingsplaatsen toegewezen gekregen. Dit waren 7 plaatsen meer dan in 2016.

Vraag 122

Op hoeveel plaatsen voor de opleiding tot verpleegkundig specialist/ physician assistant werd gerekend in de raming voor de begroting in 2017? Hoeveel plaatsen zijn er uiteindelijk vervuld?

Antwoord 122:

Er zijn jaarlijks 700 opleidingsplaatsen beschikbaar voor de door VWS en OCW bekostigde opleiding tot verpleegkundig specialist en de opleiding tot physician assistant. In studiejaar 2017–2018 zijn daarvan 611 opleidingsplaatsen vervuld.

Vraag 123

Hoeveel extra stageplaatsen zijn gerealiseerd met het herziene budget voor de subsidieregeling Stageplaatsen zorg? Voor welke opleiding zijn deze extra stageplaatsen gerealiseerd?

Antwoord 123:

De verdeling van het budget van € 112 miljoen over de verschillende opleidingen is met de wijzigingsregeling juni 2017 herzien (Stcrt. 2017, nr. 35388, dd. 27 juni 2017).

De herziening betreft een wijziging met ingang van het studiejaar 2017–2018. De realisatiecijfers over dat studiejaar blijken niet eerder dan na verwerking en toekenning van de subsidieaanvragen welke in de periode september – december 2018 plaats heeft.

Vraag 124

Was het aantal stageplaatsen voor de beroepsbegeleidende leerweg (BBL) lager dan geraamd omdat de studenten er niet waren, of omdat instellingen niet voldoende stageplaatsen konden bieden?

Antwoord 124:

De realisatie van het aantal gesubsidieerde stageplaatsen onder de subsidieregeling stageplaatsen zorg II wordt achteraf en op aanvraag van de individuele zorginstellingen vastgesteld. Het aantal opleidingsplaatsen in de beroepsbegeleidende leerweg waarvoor zorginstellingen een aanvraag hebben ingediend lag in het afgelopen studiejaar 2016–2017 lager dan waar bij de verdeelsystematiek rekening was gehouden. Deze daling is hoofdzakelijk het gevolg van de daling van het aantal gerealiseerde stageplaatsen bij de opleiding verzorgende individuele gezondheidszorg.

De subsidieregeling stageplaatsen zorg II is bewust administratieve lasten-arm ingericht. Naast het aantal gerealiseerde opleidingsplaatsen wordt geen informatie vastgelegd. De reden van het lagere aantal gerealiseerde stageplaatsen is daarmee niet bekend.

Vraag 125

De overige € 9,3 miljoen die is ingezet voor arbeidsmarktbeleid (SectorplanPlus) is geboekt naar de post overig. Wat valt er onder de post overig?

Antwoord 125:

Onder de post overig vallen ondermeer de instellingssubsidies voor acht beroeporganisaties ten behoeve van de uitvoering van artikel 14 Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg.

In totaal is 3 miljoen aan instellingssubsidies ingezet in 2017.

De overige subsidiemiddelen die niet apart benoemd zijn binnen dit artikelonderdeel, zijn ingezet voor een subsidie aan SectorplanPlus. Deze subsidie stimuleert arbeidsmarktorganisaties in zorg en welzijn om opleidingsinspanningen te verrichten die gericht zijn op:

- 1) nieuwe instroom;
- 2) met ontslag bedreigde medewerkers;
- 3) opscholing van huidig personeel, zodat ruimte ontstaat voor nieuw personeel;
- 4) opleiden van praktijk/werkbegeleiders.

In totaal is hier € 38 miljoen voor ingezet in 2017.

Vraag 126

Wat is de verklaring ervoor dat er een lagere instroom was tot de opleiding tot de opleiding tot verpleegkundig specialist/physician assistant?

Antwoord 126:

Uit onderzoek van het KBA Nijmegen (2016) blijkt dat er voor de lagere instroom drie hoofdoorzaken zijn: in een deel van de zorgorganisaties is geen behoefte aan meer VS'en of PA's dan er al zijn, er bestaat onduidelijkheid over de gevolgen van de nieuwe bekostigingssystematiek en er is onduidelijkheid over de wijze waarop VS'en en PA's rendabel kunnen worden ingezet. Voor verschillende zorgorganisaties was dit aanleiding geen of niet meer VS'en of PA's te gaan opleiden. Deze gaven daarbij aan dat dit een tijdelijke zaak was. In reactie daarop heeft VWS de NFU en de NVZ verzocht te stimuleren dat ziekenhuizen voldoende stageplaatsen voor studenten PA en VS beschikbaar stellen. In de studiejaar daarop is er weer sprake van een voortzettende stijging van het aantal benutte opleidingsplaatsen van jaarlijks ongeveer 50 plaatsen. In studiejaar 2016–2017 is er sprake van een stijging van ruim 100 plaatsen. In studiejaar 2017–2018 is de gerealiseerde instroom 611 opleidingsplaatsen. Ook dit is een stijging vergeleken met voorgaande studiejaar. Dit bevestigt dat de onderuitputting een tijdelijke zaak is.

Tabel 1.1 – Aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen

Studiejaar	Maximum-aantal gesubsidieerde plaatsen	Instroom			Cumulatief
		MANP	MPA	Totaal	
2013–2014	700	260	114	374	3.650
2014–2015	700	305	115	420	4.070
2015–2016	700	326	139	465	4.466
2016–2017	700	396	186	582	4.862
2017–2018	700	419	192	611	5.473

Bron: <http://cijfers.hbo-raad.nl>.

Vraag 127

Wat heeft het SectorplanPlus tot nu toe bereikt? Hoeveel banen zijn er tot nu toe bijgekomen dankzij de subsidie die SectorplanPlus nu krijgt?

Antwoord 127:

Het SectorplanPlus is een scholingsimpuls gericht op extra instroom van met name nieuwe medewerkers in de zorg. Vanuit SectorplanPlus worden nadrukkelijk geen banen gefinancierd. Extra banen moeten betaald worden uit de (reguliere) financiering van instellingen via de zorginkoop. Denk bijvoorbeeld aan de impuls voor verpleeghuiszorg. Vanuit SectorplanPlus investeren we in de benodigde scholing zodat deze extra mensen ook voldoende deskundig aan de slag kunnen. Het SectorplanPlus is één van de belangrijke instrumenten in het Actieprogramma Werken in de Zorg. De voortgang op het actieprogramma, inclusief SectorplanPlus, wordt nauwlettend gevolgd via de adviescommissie. De adviescommissie volgt de voortgang in de regio's en adviseert VWS over de inzet van de voor een regio beschikbare middelen vanuit SectorplanPlus.

Vraag 128

Waarom zijn er in 2017 minder stageplaatsen gerealiseerd voor de beroepsbegeleidende leerweg en wordt het budget ingezet om extra stageplaatsen in 2018 te realiseren?

Antwoord 128:

Het aantal stageplaatsen waarvoor bij VWS op grond van de subsidieregeling stageplaatsen zorg II subsidie wordt aangevraagd bepaalt de na afloop van het studiejaar vast te stellen realisatiecijfers.

Waarom het aantal aanvragen voor stageplaatsen in de beroepsbegeleidende leerweg over het studiejaar 2016–2017 is gedaald wordt niet bijgehouden.

Per studiejaar is een budget van € 112 miljoen beschikbaar. Het in 2017 vrijvallende budget is in 2017 voor het grootste deel ingezet voor SectorplanPlus. In 2018 is weer € 112 miljoen beschikbaar. Naar verwachting zal dit budget met de afgelopen herziening van de verdeling over opleidingen volledig worden uitgeput. De normbedragen worden immers, tot een maximum, bepaald door deling van het beschikbare budget over het aantal gerealiseerde opleidingsplaatsen.

Vraag 129

Welke maatregelen worden genomen om «een lage instroom bij opleidingen» in relatie tot de raming te voorkomen?

Antwoord 129:

De afgelopen jaren is de instroom in de opleiding tot arts Maatschappij & Gezondheid (M&G; dit betreft artsen werkzaam in de publieke gezondheidszorg, zoals jeugdartsen, artsen infectieziektenbestrijding, artsen tuberculosebestrijding en medisch milieukundigen) onvoldoende geweest om in de toekomst te kunnen blijven voldoen aan de vraag naar deze professionals. Op basis van een analyse van de belemmeringen voor de instroom is in overleg met GGD GHOR Nederland¹³, ActiZ, Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid, de opleidingsinstituten Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) en de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) en het Landelijk Overleg Sociaal-Geneskundigen In Opleiding (LOGGIO) een traject ingezet voor een integrale aanpak om de instroom te bevorderen. Mijn ambtsvoorganger heeft u daarover geïnformeerd bij brief van 16 juli 2016 (Kamerstuk 29 282, nr. 255). De implementatie hiervan is inmiddels ter hand genomen. Zo wordt vanaf 2019 gestart met het landelijk werkgeverschap voor de basisartsen die met de opleidingen gaan starten. De opleiding wordt inhoudelijk versterkt en er zal sprake zijn van een landelijk werving- en selectiesysteem voor opleidingskandidaten, ondergebracht onder een nieuw opgerichte stichting, de stichting sociaal geneeskundige opleidingen in Nederland (SOGION). Deze stichting heeft ook andere taken die de instroom en kwaliteit van de opleiding bevorderen, zoals het verzorgen van wervingcampagnes voor opleiding arts M&G en het versterken en borgen van de samenwerking tussen opleidingsinstituten met relevante sociaal geneeskundige afdelingen van Universitair Medische Centra ter bevordering van academisering van de opleidingen arts M&G.

Vraag 130

Hoeveel professionals zijn er in 2017 al extra geschoold met behulp van de gelden van SectorPlanPlus?

Antwoord 130:

Verdeeld over vier tijdvakken komt de komende jaren een bedrag van € 320 miljoen beschikbaar via SectorplanPlus om meer beroepskrachten, en dan vooral zij-instromers, te kunnen scholen. Per tijdvak is € 80 miljoen beschikbaar. In het eerste tijdvak, dat loopt vanaf augustus 2017, is door 1.059 organisaties, uiteenlopend van huisartsenpraktijken tot grote VVT-instellingen, een aanvraag ingediend. Hiermee kunnen naar verwachting zo'n 58.500 scholingstrajecten worden uitgevoerd. Deze scholingstrajecten in het eerste tijdvak moeten zijn gestart tussen

¹³ Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio.

augustus 2017 en 30 april 2018. Er is nog geen zicht op welk deel van de scholingstrajecten is gestart in 2017 en welk deel in 2018.

Vraag 131

Waarom is maar met minder dan de helft van de aangemelde deelnemers «Sterk in je werk» een intakegesprek gevoerd?

Antwoord 131:

Het aantal aanmeldingen voor «Sterk in je Werk» is groter dan verwacht. Van de uiteindelijke aanmeldingen resulteert ongeveer 80% in een intakegesprek. Een deel van de aanvankelijke aanmelders ziet alsnog af van deelname of vult de startvragenlijst niet in. Ook zit er standaard een periode tussen het moment van aanmelden en het intakegesprek. Alle aangemelde deelnemers die nog geen intakegesprek hebben gehad en dat wel willen, zullen dit nog krijgen. Verder onderzoek ik momenteel op welke wijze «Sterk in je Werk» een vervolg kan krijgen om aan de toestroom van deelnemers een passend vervolg te kunnen geven.

Vraag 132

Klopt het dat er voor het SectorplanPlus geld is uitgegeven in 2017 dat er feitelijk niet was? Zo nee, hoe zit het dan? Waarom is dit niet meegenomen bij de tweede supplettoire begrotingswijziging (Kamerstuk 34 845 XVI, nr. 1)?

Antwoord 132:

In 2017 is er ten behoeve van SectorplanPlus € 37,5 miljoen bevoorschot. Naast de voor SectorplanPlus gereserveerde € 30 miljoen heb ik in 2017 € 7,5 miljoen van de voor subsidieregeling stageplaatsen zorg gereserveerd middelen in kunnen zetten. Deze middelen waren niet benodigd ten behoeve van het studiejaar 2016–2017.

Deze vrijval is pas bij de verwerking in november van de subsidieaanvragen over het studiejaar 2016–2017 bekend geworden. Hierdoor kon dit niet meer in de tweede supplettoire begrotingswijziging worden meegenomen.

Vraag 133

Kunt u een overzicht geven van de verdeling over de jaren 2017 – 2021 voor de besteding van de 325 miljoen in het kader van RegioPlus?

Antwoord 133:

Voor de opleidingsactiviteiten in het kader van SectorplanPlus zijn vier tijdvakken voorzien conform onderstaand ritme.

Voorgenomen budget, start activiteiten en looptijd tijdvakken.

Tijdvak	€	Start opleidingsactiviteiten	Looptijd
1	€ 80 miljoen.	Aug. '17 – April '18	24-8-2017 t/m 30-4-2020
2	€ 80 miljoen	Mei '18 – Dec. '18	1-5-2018 t/m 31-12-2020
3	€ 80 miljoen	Jan '19 – Dec. '19	1-1-2019 t/m 31-12-2021
4	€ 80 miljoen	Jan '20 – Dec. '20	1-1-2020 t/m 31-12-2021

Voor de uitvoeringskosten is via de beschikking van 13 november 2017 een bedrag van € 5,5 miljoen beschikbaar gesteld aan de Coöperatief Samenwerkende Regio's Zorg en Welzijn u.a. voor de gehele looptijd van de subsidie (t/m 2021).

Vraag 134

Kan de voortgang en de haalbaarheid van het programma MedMij worden beschreven

Antwoord 134:

Om de ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) te stimuleren ontwikkelt het zorgbrede programma MedMij een afsprakenstelsel, dat eisen stelt aan PGO's en aan de manier waarop informatie met de ICT-systemen van zorgaanbieders kan worden uitgewisseld. Onderdeel van het afsprakenstelsel is een groeiende set standaarden voor informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en burgers. Door het huidige gebrek aan (landelijke) afspraken over interoperabiliteit en standaarden kan de daarvoor noodzakelijke gegevensuitwisseling tussen de vele gegevensbronnen en digitale gegevensverzameling door burgers op dit moment niet goed van de grond komen. Patiëntenfederatie Nederland coördineert het MedMij-programma en werkt daarin samen met een groot aantal partijen in zorg en ondersteuning. Als het afsprakenstelsel van MedMij deze zomer «live» gaat voor aansluiting door partijen worden leveranciers van PGO's met een impulsfinanciering uit de extra middelen van het Regeerakkoord in staat gesteld om hun product(en) aan het afsprakenstelsel aan te passen en worden patiënten in staat gesteld om die PGO's ook daadwerkelijk te gaan gebruiken, opdat daarmee een kritische massa aan eindgebruikers ontstaat. Parallel zullen zorgverzekeraars aan de kant van systemen van zorgaanbieders stimuleren dat gegevens ook daadwerkelijk worden ontsloten naar de persoonlijke gezondheidsomgevingen. Tegelijkertijd wordt er gewerkt aan het vormgeven van een beheerorganisatie voor het afsprakenstelsel, waarin het primaat bij patiëntenvertegenwoordigers en zorgaanbieders komt te liggen en wordt de set informatiestandaarden steeds verder uitgebreid. De haalbaarheid van de gegevensuitwisseling is gedurende de ontwikkeling getoetst in diverse praktijkproeven. Op dit moment loopt een grootschalige proef onder de naam PROVES, waarin samen met leveranciers op basis van bevindingen uit praktijksituaties de werking van MedMij wordt onderzocht en doorontwikkeld. Het kenmerk van een afsprakenstelsel is dat het nooit af is, MedMij zal zich dus blijven ontwikkelen.

Vraag 135

Wordt het mogelijk voor commerciële partijen om Medmij te gebruiken voor app- en webtoepassingen?

Antwoord 135:

Er zijn op dit moment zo'n dertig leveranciers bij MedMij bekend die een vorm van een PGO aanbieden en zich oriënteren op aansluiting op het afsprakenstelsel. Dit zijn overwegend commerciële partijen. PGO's kunnen zich (naast de informatie-uitwisseling) onderscheiden door de aangeboden functionaliteit, bijvoorbeeld specifiek gericht op een bepaalde groep patiënten (zoals zelfzorgtoepassingen voor diabetespatiënten) of meer algemeen met toepassingen voor leefstijl, voeding of stress. Als PGO leveranciers functionaliteiten zoals apps van andere commerciële derden betrekken om daarmee het PGO te verrijken is via het afsprakenstelsel geborgd dat de daarbij horende gegevensverwerking aan dezelfde strenge eisen voldoet als aan de PGO zelf.

Vraag 136

Hoe wordt medische data beschermd die via Medmij terecht komt bij eventuele commerciële of buitenlandse ICT-ontwikkelaars?

Antwoord 136:

Allereerst wordt de data vanuit zorgaanbieders uitgewisseld met partijen die deelnemen aan het afsprakenstelsel MedMij. Dat verbindt die partijen aan strenge afspraken en eisen ten aanzien van de gegevensuitwisseling en gegevensbescherming. Via een overeenkomst worden partijen gehouden aan (niet-limitatieve opsomming):

- Nederlands recht en een EU-vestigingsplaats, waardoor zij moeten voldoen aan de hier geldende wet- en regelgeving met betrekking tot persoonsgegevens, waaronder de AVG, en de dataprotectie afspraken.
- Privacy- en informatiebeveiligingsmaatregelen met betrekking tot gezondheidsgegevens via de NEN 7510-norm aan te tonen met een certificaat, aangevuld met specifieke beveiligingsnormen die MedMij daartoe heeft opgesteld opgenomen in een aanvullende auditverklaring. De NEN 7510-certificering en de aanvullende auditverklaring dienen te worden afgegeven door een Conformiteit Beoordelende Instelling (CBI), die NEN 7510 geaccrediteerd is door de Raad voor Accreditatie of een NEN 7510-licentieovereenkomst heeft met NEN. Tevens dient het NEN 7510-certificaat te zijn opgenomen in het door NEN beheerde nationale certificatenregister NEN 7510.
- Diverse technische beveiligingseisen en specificaties bij de uitwisseling van gegevens met de zorgaanbieder, waaronder beveiligde verbindingen en controles. De implementatie hiervan wordt getoetst door MedMij via een acceptatieprocedure.
- De toepassing van vereiste elektronische toegangs- en identificatiemiddelen in de toegang tot medische data. Het is deelnemers aan het afsprakenstelsel uitdrukkelijk verboden om data betreffende een burger te verkopen.

Vraag 137

Kunt u uitleggen hoe de procedure van toelating van ICT-ontwikkelaars die Medmij willen gaan gebruiken in elkaar zit?

Antwoord 137:

Deze ontwikkelaars melden zich bij MedMij en doorlopen een toetredingsproces. In dat proces wordt getoetst of de ontwikkelaars voldoen aan de afspraken, zoals opgenomen in het afsprakenstelsel MedMij. Dat bestaat uit de controle op de bewijsvoering voor onder andere de bij vraag 136 benoemde beveiligingsmaatregelen. Pas wanneer al deze stappen met succes zijn doorlopen tekent de ontwikkelaar een overeenkomst met de stichting MedMij waarin deze tevens verklaart zich aan de afspraken te blijven houden en dit met regelmaat te zullen moeten aantonen (door bijvoorbeeld een jaarlijkse heraudit op de informatiebeveiliging). Pas na ondertekening van de overeenkomst zal technisch de mogelijkheid worden gerealiseerd voor de ontwikkelaar om verbinding te kunnen leggen met andere deelnemers aan het afsprakenstelsel om gegevens uit te wisselen. Het opvragen of delen van gegevens kunnen deze partijen overigens alleen op het moment dat de persoon zelf actief handelt. Bij deze handelingen zal de persoon zichzelf digitaal moeten identificeren via een door BZK aangewezen elektronisch identificatiemiddel.

Vraag 138

Wie houdt na toelating van een app of site toezicht op het gebruik van medische data door commerciële organisaties?

Antwoord 138:

Allereerst zijn commerciële organisaties gehouden aan wet- en regelgeving op het verwerken van persoonsgegevens. De wettelijk toezichthouders, te weten de Autoriteit Persoonsgegevens en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting, zullen hierop toezicht houden, zoals dat ook nu al het geval is. Stichting MedMij ziet er op toe dat de overeenkomst met organisaties die zijn toegetreden tot het afsprakenstelsel door hen wordt nageleefd. De organisaties hebben zich te houden aan de afspraken in het afsprakenstelsel MedMij, dat ook voorziet in afspraken over toetreding en sancties. Indien een organisatie zich niet houdt aan de afspraken, dan is er reden om de overeenkomst met deze organisatie te ontbinden. Dit betekent tevens dat er geen mogelijkheid meer is voor deze

organisatie om gegevens uit te wisselen met zorgaanbieders. Zie ook de beantwoording van vraag 136: het is de dienstverlener uitdrukkelijk verboden om data betreffende een burger te verkopen.

Vraag 139

Welke voorwaarden worden gesteld aan app- en webontwikkelaars als het gaat om de locatie van de servers waarop de Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's) draaien?

Antwoord 139:

Zie het antwoord op vraag 136.

Vraag 140

Wat zijn de kosten voor de uitvoering regeling compensatie van verleende zorg aan onverzekerbare vreemdelingen? Hoeveel onverzekerde vreemdelingen zijn er?

Antwoord 140:

De kosten van de uitvoering van de Regeling Financiering medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen zijn hieronder vermeld (bedragen x € 1.000).

	2013	2014	2015	2016
CAK	514	579	584	536

Het CAK heeft berekend aan de hand van declaratiegegevens, op basis van de combinatie van geboortjaar, initialen en geslacht, dat het in 2016 ging om 21.600 onverzekerbare vreemdelingen ging.

Ultimo 2017 waren er 17.424 onverzekerde verzekeringsplichtigen bij het CAK geregistreerd. Dit zijn onverzekerden die in de Basisregistratie Personen zijn opgenomen.

Het exacte aantal onverzekerde vreemdelingen is echter onbekend.

Vraag 141

Waarom zijn bij de eerste of tweede suppletore begroting de wijziging van de extra taken en uitvoeringsactiviteiten niet meegenomen? Wat zijn de extra taken en uitvoeringsactiviteiten?

Antwoord 141:

Gedurende het begrotingsjaar 2017 is het voor het CAK beschikbare budget in drie stappen opgehoogd. De oorspronkelijke begroting voorzag in een budget van ruim € 76 miljoen. Bij de eerste suppletore begroting is het budget verhoogd voor diverse activiteiten die zijn overgeheveld vanuit het Zorginstituut. Zo is er ruim € 20 miljoen aan het budget toegevoegd voor uitvoering van de burgerregelingen wanbetalers en onverzekerden, daarnaast is er € 11,3 miljoen overgeheveld voor de uitvoering van de regeling gemoedsbezwaarden en de zogeheten buitenlandtaak, inclusief het Nationaal contactpunt. Voor vernieuwing van de ict van het CAK is € 2,9 miljoen aan het budget toegevoegd en is het budget met € 1,1 miljoen verhoogd in verband met de uitvoeringskosten onverzekerde verwarde personen. Voor de dekking van de regeling voor vergoeding van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen is € 4,8 miljoen overgeheveld. Daarmee kwam het totale budget bij de eerste suppletore wet uit op ruim € 116 miljoen. In de tweede suppletore begroting is vervolgens budget toegekend voor o.a. de loonbijstelling 2017, en voor het herstel- en verbeterplan burgerregelingen, waarna het totale budget op ruim € 120 miljoen kwam. Tot slot is in de realisatiecijfers meegenomen dat het ministerie een openstaande verplichting van

het CAK aan het Afbz van € 16 miljoen overneemt, als gevolg van het zogenaamde «ontvlechtigingsverschil». Het CAK betaalt dit bedrag van 2019 tot 2025 in zeven termijnen terug aan het ministerie.

Vraag 142

Wat betekent het precies c.q. wat wordt er bedoeld als gesteld wordt dat «bij de scheiding van de verantwoordingsstukken van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) is gebleken dat over een langere reeks van jaren heen de beheerskosten per saldo ongemerkt hoger zijn geweest dan het toegekende budget»? Waarom is dit niet eerder opgemerkt?

Antwoord 142:

Tot 2016 omvatte de jaarrekening van het CAK zowel de beheerskosten als de financiële stromen rondom de zorgvergoedingen en eigen bijdragen. Vanaf 2016 zijn deze gescheiden in respectievelijk de jaarrekening en bestuurlijke verantwoording. Bij het boekhoudkundig ontvlechten van de geldstromen bleek dat het CAK over een lange reeks jaren ongemerkt meer aan beheerskosten had uitgegeven dan het door VWS toegekende budget. Dit verschil is opgelopen tot € 17,8 miljoen. Het CAK heeft € 1,8 miljoen direct terug gestort. De resterende € 16 miljoen wordt van 2019 tot 2025 door het CAK terugbetaald. Het CAK neemt maatregelen om te besparen op zijn beheerskosten, zonder dat het ten koste gaat van zijn wettelijke taken. Eind 2018 wordt een externe audit uitgevoerd. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op de voortgang en werking van de maatregelen.

Over het onderzoek van de NZa, de Auditdienst Rijk en mijn reactie daarop heb ik uw Kamer op 4 december 2017 geïnformeerd (Kamerstuk 34 104, nr. 201).

Vraag 143

Wat is de reden dat de uitgaven van het Zorginstituut voor het onderzoek Zinnige en zuinige zorg € 3,1 miljoen lager zijn uitgevallen terwijl hiervoor het dubbele bedrag, namelijk € 6,1 miljoen, beschikbaar was? Heeft doorlichting van het pakket en de uitvoeringstoets voorwaardelijke toelating geen prioriteit gekregen?

Antwoord 143:

De onderbesteding bij het Zorginstituut voor de post onderzoek Zinnige en Zuinige zorg komt doordat er steeds minder vaak onderzoeken worden uitbesteed. Gebleken is dat sommige extern uitgevoerde onderzoeken beperkt bruikbaar zijn voor het veld. Het Zorginstituut voert die onderzoeken dan zelf uit, of samen met andere overheidspartijen zoals het RIVM en ZonMw, tegen lagere kosten. Daarvoor is de eigen onderzoekscapaciteit van het Zorginstituut vergroot en de toegang tot data verder ontwikkeld.

Vraag 144

Hoeveel inspectiebezoeken heeft de inspectie in 2017 afgelegd bij zorginstellingen?

Antwoord 144:

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting rapporteert jaarlijks over het aantal toezichtbezoeken in haar jaarbeeld. In 2017 heeft de inspectie 2607 bezoeken afgelegd bij zorginstellingen.

Vraag 145

In hoeveel gevallen heeft de inspectie onaangekondigde bezoeken gebracht?

Antwoord 145:

In het Jaarbeeld 2017 van de inspectie is een onderverdeling aangebracht in het aantal volledig onaangekondigde en het aantal aangekondigde bezoeken met onaangekondigde elementen, respectievelijk 943 en 1.115 bezoeken in 2017.

Vraag 146

Hoeveel geld heeft de toename van de bureaucratie in de Jeugdhulp over 2017 gekost?

Antwoord 146:

Daarover valt geen betrouwbare en valide berekening te maken. We pakken deze bureaucratie wel aan. In 2017 zijn de administratieve lasten in de jeugdhulp door gemeenten en aanbieders samen opgepakt door de inkoopvarianten te beperken, het Gemeentelijk Gegevens Knooppunt (GGK) te verbeteren, waardoor nu 91% van de jeugdhulpregio's de standaarden consequent toepast. Verdere acties voor het beperken van administratieve lasten zijn verankerd in het programma Zorg voor Jeugd en het programma Ontregel de zorg, sectorprogramma sociaal domein.

Vraag 147

Hoeveel overheadkosten berekenen gemeenten gemiddeld ten aanzien van de Jeugdhulp? Indien dit niet bekend is, bent u bereid dit te onderzoeken?

Antwoord 147:

Dit is niet bekend. Het is daarnaast de verantwoordelijkheid van de gemeenteraad om te oordelen of het college van burgemeester en wethouders de gemeentelijke financiële middelen voldoende doelmatig uitgeeft.

Vraag 148

Kunt u een overzicht geven per gemeente of zij in hun budget een tekort of een overschot hadden op de Jeugdzorg in 2017?

Antwoord 148:

Nee, deze cijfers zijn nog niet beschikbaar. Eind 2018 komen de realisatiecijfers (via het IV3-systeem) van gemeenten over het jaar 2017 beschikbaar.

Vraag 149

Bij hoeveel jeugdinstanties waren er in 2017 wachtlijsten? En zo ja, wat was de omvang van deze wachtlijsten?

Antwoord 149:

Het is niet bekend bij hoeveel jeugdhulpinstanties in 2017 er wachtlijsten waren. Een kwetsbaar kind dat acuut zorg nodig heeft moet altijd zo snel mogelijk worden geholpen. Waar een onevenwichtigheid is tussen vraag en aanbod, dienen gemeenten en aanbieders zich tot het uiterste in te spannen om tijdige en passende jeugdhulp aan te bieden binnen professioneel aanvaardbare termijnen en moeten zij samen op zoek naar oplossingen. Als een passende plek niet meteen beschikbaar is, dan moet goede overbruggingszorg worden geboden. In het programma zorg voor jeugd is opgenomen dat in 2018 elke regio sluitende regionale afspraken maakt over de aanpak van wachtlijsten en wachttijden en dat elke regio een expertteam heeft om te zorgen dat ieder kind de zorg krijgt die nodig is.

Vraag 150

Hoeveel geld hebben gemeenten besteed aan externe inhuur voor de Jeugdhulp in 2017?

Antwoord 150:

Dit is niet bekend. Het is aan de gemeenteraad om te oordelen over de wijze waarop het college van burgemeester en wethouders het gemeentelijk budget besteden.

Vraag 151

Met de decentralisatie Jeugdwet is een goede beweging in gang gezet maar deze kabinetsperiode zijn nog forse inspanningen nodig van gemeenten, jeugdhulpaanbieders en Rijk om de veranderdoelen van de jeugdwet te realiseren; welke inspanningen van het rijk zijn nodig? Kunnen concrete voorbeelden worden genoemd? Is er budget voor deze inspanningen? Zo ja, hoeveel?

Antwoord 151:

In het programma Zorg voor de Jeugd – dat uw Kamer op 16 april 2018 heeft ontvangen (Kamerstuk 34 880, nr. 3)- is aangegeven welke gezamenlijke inspanningen van gemeenten, jeugdhulpaanbieders en het Rijk deze kabinetsperiode nodig zijn om de zorg voor jeugd merkbaar en meetbaar te verbeteren. Het Rijk ondersteunt ondermeer met wetgeving (pleegzorg standaard verlengen naar 21 jaar, Rechtspositiewet gesloten instellingen), het nieuwe Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd en een nieuw op te richten samenwerkingsplatform «Vakmanschap Jeugdprofessionals» en een Transformatiebudget. Voor de periode 2018 tot en met 2020 is een bedrag van € 1 08 miljoen beschikbaar (kabinet € 54 miljoen en gemeenten € 54 miljoen) om de transformatie te ondersteunen. Om voor een bijdrage in aanmerking te komen worden «Regionale deals Jeugd» gesloten. Daarvoor stellen jeugdhulpregio's een driejarig transformatieplan op dat aansluit op de actielijnen van het programma «Zorg voor de Jeugd».

Vraag 152

Welke criteria worden gebruikt om de activiteiten van de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd te evalueren? Is er een beleidsevaluatie beschikbaar? Zo ja, kan de Kamer die krijgen. Zo nee, waarom niet?

Antwoord 152:

De werkzaamheden van de Stichting Kwaliteitsregister Jeugd zijn momenteel nog volop in ontwikkeling. Om de ontwikkelingen te monitoren heeft het Ministerie van VWS het hele jaar door intensief contact met de organisatie over haar activiteiten en in de jaarverslagen die conform Besluit Jeugdwet worden opgesteld, wordt de uitvoering van de werkzaamheden door Stichting Kwaliteitsregister Jeugd jaarlijks geëvalueerd. Tevens zullen de activiteiten van het Kwaliteitsregister Jeugd worden betrokken in de monitor die binnen het Programma Professionalisering Jeugdhulp een Jeugdbescherming wordt ontwikkeld om de professionalisering in de jeugdsector te volgen.

Vraag 153

Welk bedrag was begroot en wat is gerealiseerd als het gaat om de genoemde beleidsconclusie «Preventie van extremisme»? Welke criteria worden gebruikt om de aanpak te evalueren? Is er een beleidsevaluatie beschikbaar? Zo ja, kan de Kamer die krijgen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 153:

Inclusief een bijdrage van het Ministerie van Justitie en Veiligheid (versterkingsgelden € 250.000) had VWS rond € 800.000 begroot. Het grootste deel daarvan was bestemd voor de ontwikkeling van het Platform JEP (Jeugd, Extremisme en Polarisatie) dat begin 2018 gestart is. Daarnaast hebben er regionale bijeenkomsten plaats gevonden om bestuurders in het jeugddomein meer bewust te maken van hun rol in de

preventie van radicalisering. Ook heeft VWS activiteiten van o.a. de Nationale Jeugdraad ondersteund.

De inzet van VWS op dit terrein maakt deel uit van het kabinetsbrede beleid dat gericht is op preventie van radicalisering. Ik verwijs daarvoor naar de recente Kamerbrief Preventie radicalisering van 26 april 2018 (Kamerstuk 29 754, nr. 448). Daarin staat dat het meten van effecten van preventieve interventies lastig is (het meten van «iets» dat uitblijft). Om hier toch zo goed mogelijk invulling aan te geven zal in 2018 een toolkit worden ontwikkeld om «evidence based» werken te stimuleren. Hierdoor kan worden geleerd van eerdere ervaringen en kan het preventiebeleid worden doorontwikkeld.

Vraag 154

Is het mogelijk een subsidiestaat te presenteren met daarin een overzicht van alle aangevraagde én toegekende subsidies van de instellingen die een beroep hebben gedaan op de subsidieregeling (voor Jeugd), inclusief hoogte van de subsidiebedragen? Wat zijn de verwachte consequenties als voor alle subsidietoekenningen een staatssteuntoets wordt gedaan? Op welke wijze wordt achteraf getoetst of instellingen hebben voldaan aan de «verwachte prestaties»? Hoe vaak blijkt dit niet het geval te zijn? Wat zijn de consequenties voor de subsidieverlening in die gevallen?

Antwoord 154:

De subsidies die verleend zijn staan in de bijlage van het jaarverslag. De regelingen Huisvestingslasten jeugdzorg plus en Bijzondere transitiekosten Jeugdwet zijn getoetst op staatssteun.

Bij de verleningen van subsidies op grond van de regeling Bijzondere transitiekosten Jeugdwet wordt bij de subsidieontvanger een DAEB (dienst algemeen economisch belang) gevestigd. De instellingen die subsidie ontvangen voor de huisvestingslasten Jeugdzorg plus kunnen met de subsidie de huisvestingslasten financieren. Bij de verlening wordt de capaciteit bepaald en achteraf verklaart de instelling dat de plaatsen beschikbaar zijn geweest. Bij de bijzondere transitiekosten Jeugdwet wordt de subsidie gecontroleerd door een externe accountant. De subsidies worden conform de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS getoetst. In het geval dat sommige activiteiten niet zijn uitgevoerd dan wordt een gedeelte van het subsidiebedrag teruggevorderd.

Vraag 155

Hoeveel sportverenigingen hebben geen gebruik gemaakt van de Veiliger Sportklimaat (VSK)-producten?

Antwoord 155:

In 2017 zijn 24.546 verenigingen aangesloten bij een van de 75 bonden die bij sportkoepel NOC*NSF zijn aangesloten. Van die 75 bonden maakten er 12 in 2017 gebruik van VSK-producten, omdat bij deze 12 bonden het grootste effect werd verwacht. Bij deze 12 bonden waren in 2017 in totaal 10.807 verenigingen aangesloten, waarvan er 10.557 gebruik maakten van een of meer VSK-producten. Op het totaal aantal verenigingen van bonden die in 2017 deelnamen aan VSK, maakten er in 2017 dus 250 verenigingen geen gebruik van VSK-producten.

Vraag 156

Wat voor functie hebben de Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG)-aanvragers binnen de sportverenigingen?

Antwoord 156:

Iedereen kan een VOG aanvragen. Dat kunnen trainers zijn, maar ook bestuursleden of leden die ad hoc activiteiten verrichten voor de

vereniging. Het is aan sportverenigingen zelf voor welke soorten functies een VOG wenselijk is.

Vraag 157

Is bekend hoeveel getrainde vertrouwenspersonen er zijn bij sportverenigingen?

Antwoord 157:

Het aantal getrainde vertrouwenspersonen bij bonden en sportverenigingen in 2017 is minimaal 1.044. Deze personen hebben de speciale training via de Academie voor Sportkader van NOC*NSF gevolgd. Ik heb geen zicht op het aantal vertrouwenspersonen dat een andersoortige training heeft gevolgd om de functie van vertrouwenspersoon bij een vereniging te kunnen vervullen.

Vraag 158

Wat is het precieze verschil tussen een vertrouwenspersoon en een vertrouwenscontactpersoon?

Antwoord 158:

Het verschil tussen vertrouwenspersonen en vertrouwenscontactpersonen is dat de laatsten een speciale training via de Academie voor Sportkader van NOC*NSF hebben gevolgd.

Vraag 159

Kan nader worden toegelicht van wat voor excessen er sprake was?

Antwoord 159:

In het voetbal wordt gesproken van een exces als er sprake is van (a) buitensporig fysiek geweld jegens een individu of meerdere individuen, (b) ernstige bedreiging van een individu of meerdere individuen of (c) bespuwen van een individu of meerdere individuen, voor, gedurende, dan wel na de wedstrijd.

Vraag 160

De Brede impuls wordt door 95% van de deelnemende gemeenten gezien als een echte impuls om het gemeentelijk sportbeleid (verder) te ontwikkelen, hoe beoordeelt de overige 5% van de gemeenten de Brede impuls?

Antwoord 160:

Er is gevraagd aan gemeenten of de Brede impuls combinatiefuncties zorgt voor een impuls in het gemeentelijk sport- en beweegbeleid. 95% hiervan is het eens met deze stelling, 2% geeft aan neutraal te zijn en 3% geeft aan dat zij het niet eens zijn met deze stelling. Er is geen toelichting gegeven in het onderzoek op de antwoorden «neutraal» en «niet mee eens».

Vraag 161

Wat waren de maatschappelijke- en economische effecten van de investeringen die zijn gedaan in de topsport?

Antwoord 161:

VWS draagt financieel bij aan hoogwaardige topsport- en opleidingsprogramma's voor topsporters en talenten met bijbehorende infrastructuur, begeleiding en voorzieningen. Met deze investeringen ondersteunt VWS de ambitie van de sport om meer medailles, in meer sporten, met meer impact na te streven. Topsport heeft ook maatschappelijke en economische effecten doordat het Nederlanders inspireert en verbindt. Topsport zorgt voor bedrijvigheid en heeft een positief effect op onze nationale

trots en draagt bij aan de internationale profilering van Nederland. VWS heeft geen inzicht in de precieze omvang van deze maatschappelijke en economische effecten. In de voor 2019 geplande evaluatie Topsport zal worden gezien of hiervoor geschikte indicatoren zijn.

Vraag 162

De Backpay-regeling is afgelopen op 31 december 2017, hoeveel aanvragen zijn er ingediend?

Antwoord 162:

De SVB heeft in totaal 1.207 aanvragen ontvangen, waarvan er 57 zijn toegekend.

De SVB heeft los van deze aanvragen door bestandsanalyses de potentiële rechthebbenden geïdentificeerd; dat waren er 5.127. Het aanvullend onderzoek leidde tot 470 ambtshalve toekenningen. Daarnaast zijn 66 Backpay-uitkeringen toegekend na ontvangst van een bevestigingsformulier dat werd gebruikt om nabestaanden een uitkering toe te kennen indien een belanghebbende met recht op een Backpay-uitkering op of na 15 augustus was overleden. In totaal zijn er 593 Backpay-uitkeringen toegekend.

Vraag 163

De Backpay-regeling is afgelopen op 31 december 2017, hoeveel rechthebbende hebben een uitkering ontvangen? Welk bedrag is hiermee gemoeid?

Antwoord 163:

In totaal zijn er 593 backpay-uitkeringen van € 25.000 toegekend. Het totaalbedrag is hiermee € 14.825.000. De programma-uitgaven inclusief 25% eindheffing (afgedragen door de SVB aan de belastingdienst) bedragen € 18.531.250.

Vraag 164

Hoeveel mensen hebben in 2017 nog gebruik gemaakt van de Backpay-regeling?

Antwoord 164

In januari 2017 is nog 1 uitkering toegekend, welke aangevraagd is in 2016.

Vraag 165

Hoeveel mensen hebben zich – na het van rechtswege aflopen van de Backpay-regeling op 31 december 2017 – nog gemeld?

Antwoord 165:

In totaal zijn 50 geheel nieuwe verzoeken voor toekenningen geregistreerd. De nieuwe verzoeken die tot op heden na 31-12-2017 zijn ontvangen voldeden niet aan de voorwaarden van de Backpay-regeling, aangezien de personen reeds overleden waren op 15-08-2015 of het betrof geen vooroorlogs dienstverband.

Vraag 166

Hoe is de vergelijkbare Backpay-regeling bekend gemaakt?

Antwoord 166:

Door

- publicatie in de Staatscourant d.d. 24 december 2015;
- publicatie op website SVB;
- publicatie op website VWS;

- communicatie met ambassades en consulaten in belangrijke vestigingslanden;
- communicatie met bij het Indisch Platform aangesloten verenigingen en stichtingen;
- communicatie met een vijftigtal Indische en Molukse verenigingen in binnen- en buitenland.

Vraag 167

Hoe staat het met de uitwerking van de concrete visie van het Nationaal Comité 4 en 5 mei en de Stichting Samenwerkende Musea en Herinneringscentra 40–45?

Antwoord 167:

Zoals in het jaarverslag is vermeld, heeft het Platform WOII in 2017 een educatieve visie vastgesteld. De voor educatie verantwoordelijke organisaties Nationaal Comité 4 en 5 mei (NC) en de Stichting Samenwerkende Musea en Herinneringscentra 40–45 (SMH) hebben deze visie uitgewerkt in een uitvoeringsagenda met een aantal concrete projecten waar het Platform WOII op 6 april 2018 mee instemde. Er zijn acht onderwerpen geïnventariseerd die in ieder geval aan de orde moeten komen bij educatie over WOII, het zogenaamde referentiekader. NC en SMH zullen op basis van dit referentiekader in beeld brengen op welke onderdelen de lesmiddelen aangevuld en verbeterd kunnen worden en zullen hiervoor de schoolboekuitgevers benaderen. Daarnaast werken de SMH-instellingen gezamenlijk aan de kwaliteit van de lessen aan schoolklassen die de herinneringscentra en musea bezoeken. Speciale aandacht van NC en SMH gaat uit naar het Mbo. Voortbouwend op het magazine 4free zullen NC en SMH samen met professionals en leerlingen in het Mbo een product ontwikkelen waarmee in de lessen over burgerschap beter de verbinding kan worden gelegd met het verhaal van WOII, in het bijzonder met de ontbinding van de democratische rechtsstaat en de verschrikkelijke gevolgen daarvan.

Vraag 168:

Wat is de reden van de toename in 2017? Zal deze trend doorzetten?

Antwoord 168:

Sinds 2001 wordt jaarlijks het Nationaal Vrijheidsonderzoek (NVO) uitgevoerd in opdracht van het Nationaal Comité 4 en 5 mei. Door de jaren heen is het draagvlak voor 4 en 5 mei constant hoog. In 2018 zijn nauwelijks veranderingen als het gaat om het draagvlak voor 4 mei. Er is sprake van een kleine toename naar nu 83%. De stijging van 2017 heeft zich dus gestabiliseerd. De reden van fluctuatie wordt voor een deel bepaald door de actualiteit. De aanslagen in Parijs en de oorlog in Syrië geven een groter gevoel van urgentie als het gaat om de beleving van (on)vrijheid. In 2017 was dat merkbaar bij de uitkomsten van het NVO.
(bron: NVO 2017 en 2018)

Vraag 169

Waarom is de zorgtoeslag in 2017 gestegen met 68 euro per jaar, terwijl de zorgpremie maar met 62 euro per jaar is gestegen?

Antwoord 169:

Naast de standaardpremie bepalen de normpercentages en het wettelijke minimumloon de hoogte van de maximale zorgtoeslag. De normpercentages van 2017 zijn ten opzichte van 2016 neerwaarts aangepast in het kader van de koopkrachtbesluitvorming 2017 (Stb. 2016, nr. 469). Dit heeft geresulteerd in een stijging van de zorgtoeslag met € 15 voor alleenstaanden en € 33 voor meerpersoonshuishoudens. De stijging van het

wettelijk minimumloon heeft geresulteerd in € 9 lagere zorgtoeslag voor alleenstaanden en € 19 voor meerpersoonshuishoudens geresulteerd. Door voor een alleenstaande de effecten van de drie mutaties (€ 62 + € 15 – € 9) op te tellen, wordt de stijging van € 68 verkregen.

Vraag 170

Hoe groot is het ondergebruik van de zorgtoeslag?

Antwoord 170:

De belastingdienst schat in dat over 2015 het niet-gebruik Zorgtoeslag ongeveer 10% bedraagt op een theoretische populatie van circa 4,5 mln gerechtigden. Bij circa één vijfde van de niet-gebruikers gaat het om een toekenning tussen de € 2 en € 20 per maand. Burgers worden steeds actiever gewezen op de mogelijkheid van het aanvragen van toeslagen in het algemeen, bijvoorbeeld via www.toeslagen.nl, www.rijksoverheid.nl en bijbehorende massamediale campagnes. De Belastingdienst/Toeslagen zet daarnaast social media en de zorgapp in om burgers die recht hebben op toeslagen hierover te attenderen en stuurt in samenwerking met DUO iedereen die 18 jaar wordt een brief om hen te wijzen op een mogelijk recht op zorgtoeslag.

Vraag 171

Wat wordt er gedaan om misbruik en oneigenlijk gebruik van de zorgtoeslag te bestrijden?

Antwoord 171:

Bij de aanvraag van de zorgtoeslag vindt bij de Belastingdienst/Toeslagen controle plaats, o.a. aan de hand van de basisregistraties. Daarnaast wordt gedurende het toeslagjaar maandelijks gecontroleerd of de toeslagontvanger zorgverzekerd is en wordt periodiek toezicht gehouden of aan de voorwaarden voor de zorgtoeslag wordt voldaan, zoals adres en huishoudsamenstelling.

Vraag 172

In 2017 is € 37,7 miljoen aan de Tegemoetkoming specifieke zorgkosten (TSZ) en de Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU) uitbetaald. Dit is in totaal € 0,6 miljoen langer dan begroot. Wat is de reden van deze onderschrijding?

Antwoord 172:

In 2009 is de Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU) vervangen door de Tegemoetkoming specifieke zorgkosten (TSZ). Het aantal nabetalingen voor de TBU neemt de afgelopen jaren steeds verder af. De uitgaven TSZ zijn gestart in begrotingsjaar 2011.

De Belastingdienst bepaalt op grond van de aangifte inkomstenbelasting of iemand in aanmerking komt voor een tegemoetkoming. Daarbij is met name bepalend of iemand in de inkomstenbelasting de aftrek van specifieke zorgkosten volledig kan verzilveren. De omvang hiervan kan jaarlijks verschillen. In 2017 zijn de uitbetaalde tegemoetkomingen iets lager uitgevallen dan geraamd.

Vraag 173

Blijft het geld dat niet is uitgegeven als gevolg van het ontbreken van de juiste rekeningnummers bij de inkomsten overdrachten van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), beschikbaar in 2018 indien bepaalde rekeningnummers alsnog geverifieerd kunnen worden?

Antwoord 173:

Conform de budgettaire systematiek vallen de in 2017 niet uitgegeven middelen vrij en komen ten goede aan 's Rijks schatkist. Indien rekeningnummers alsnog in 2018 geverifieerd kunnen worden, zodat tegemoetkomingen waar recht op bestaat uitbetaald kunnen worden, dan zal daar geld voor beschikbaar worden gesteld.

Vraag 174

Wat is de uitgave «overig» bij bijdragen aan agentschappen, die niet waren begroot?

Antwoord 174:

De uitgave betreft de bijdrage aan het RIVM inzake het WHO-partnerschap. Het was begroot op Bijdragen aan (inter)nationale organisatie: World Health Organization.

Vraag 175

Hoe kunnen de personele uitgaven en materiële uitgaven zoveel hoger zijn in 2017 dan was begroot? In hoeverre is hier bij de eerste en/of tweede suppletore begroting melding van gemaakt? Waarom is hier eventueel geen melding van gemaakt?

Antwoord 175:

Een deel van de extra uitgaven betreffen uitgaven voor de Programmadi-rectie Antonie van Leeuwenhoekterrein (€ 12 miljoen op personele uitgaven en € 24 miljoen op materiële uitgaven). Hier is de Kamer in de eerste en tweede suppletore wet over geïnformeerd. Enkele andere uitgaven in 2017 betreffen:

- Bijdragen van concernorganisaties en agentschappen aan Shared Service Organisaties (€ 11,7 miljoen);
- Extra opdrachten van het Ministerie van OCW en SZW voor Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (€ 3,5 miljoen);
- Structurele ophoging van de financiering van het Sociaal en Cultureel Planbureau (€ 2,9 miljoen);
- Loonbijstelling voor personeel van binnen het kerndepartement (€ 2,6 miljoen).

Vraag 176

Hoe is de Kamer eerder geïnformeerd over de uitgaven voor de tijdelijke Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein (PD ALT)?

Antwoord 176:

De Kamer is eerder in de eerste en tweede suppletore wet geïnformeerd over mutaties die betrekking hebben op uitgaven van de Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein:

- € 3 miljoen (eerste suppletore wet (Kamerstuk 34 730 XVI, nr. 1)) en € 9 miljoen (tweede suppletore wet (Kamerstuk 34 845 XVI, nr. 1)) op eigen personeel.
- € 10,6 miljoen (tweede suppletore wet) en € 13,4 miljoen (tweede suppletore wet (Kamerstuk 34 845 XVI, nr. 1)) op materiële uitgaven.

Hier staan grotendeels ontvangsten tegenover. Deze worden verantwoord onder de ontvangsten op artikel 10.

Vraag 177

Waardoor is de overbesteding van ruim 44 miljoen euro op de post materiële uitgaven ontstaan?

Antwoord 177:

In de eerste en tweede suppletore wet is reeds gemeld dat de materiële uitgaven hoger uitvallen. Een deel van de extra uitgaven betreffen uitgaven voor de Programmadirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein

(€ 24, miljoen op materiële uitgaven waarvan € 10,6 vermeld in de eerste suppletoire wet en € 13,4 in de tweede suppletoire wet). Een andere grote uitgave in 2017 op de post materiële uitgaven in 2017 betreft de bijdrage van concernorganisaties en agentschappen aan Shared Service Organisaties (€ 11,7 miljoen). € 6,9 miljoen heeft een technische oorzaak en betreft middelen voor informatiseringsbeleid die in de eerste suppletoire wet op artikel 10 zijn geboekt maar vanaf begroting 2018 op artikel 4 zullen worden verantwoord.

Vraag 178

Waarom is de post eigen personeel bij de inspectie 5 miljoen euro lager uitgevallen? Betrof de uitgaven aan externe inhuur het opvangen van tekorten aan eigen personeel of de inhuur van specifieke expertise? Indien het specifieke expertise betrof, waar moet dan aan gedacht worden?

Antwoord 178:

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting gebruikte in 2017 een deel van het personeelsbudget (€ 4,3 miljoen) voor de inhuur van specifieke deskundigheid en voor tijdelijke benodigde capaciteit. Bij specifieke deskundigheid gaat het om ICT specialisten, organisatiedeskundigheid en specialistische deskundigheid op het terrein van de gezondheidszorg. Tijdelijke capaciteit is nodig om pieken in het werk op te vangen, overbrugging van vacatures en bij uitfasering van werkzaamheden. Daarnaast lag de bezetting van IGJ iets onder de formatie waar in de begroting van was uitgegaan.

Vraag 179

Kan er een toelichting worden gegeven op de tabel met taakstellingen?

Antwoord 179:

Bij de start van kabinet Rutte-Asscher in 2012 is een bezuinigingstaakstelling op apparaatsuitgaven opgelegd aan de departementen. VWS heeft ervoor gekozen deze taakstelling te realiseren bij de agentschappen, ZBO's, RWT's en andere uit collectieve middelen gefinancierde instellingen. De taakstelling is ingevuld langs twee sporen: enerzijds door versobering van bedrijfsvoering, anderzijds door het verkleinen van de kennisinfrastructuur. De tabel «Extracomptabele tabel invulling taakstelling» in artikel 10 is voor het eerst in de begroting van 2014 opgenomen en geeft de toedeling van de taakstelling op de verschillende onderdelen weer.

Vraag 180

Waarom hebben de opgenomen cijfers voor het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) betrekking op het verantwoordingsjaar 2016 en niet op 2017?

Antwoord 180:

De realisatiecijfers van het CIZ over 2017 en de bijbehorende controleverklaring waren nog niet beschikbaar ten tijde van publicatie van het jaarverslag. Conform rijksbegrotingsvoorschriften zijn de realisatiegegevens over 2016 opgenomen.

Vraag 181

Waarom is, net als in 2016, niet op iedere subsidie de staatssteuntoets toegepast?

Antwoord 181:

Voor 2017 ging aan een eventuele staatssteuntoets een risicoafweging vooraf. Deze risicoafweging kon er toe leiden dat geen individuele staatssteuntoetsing plaatsvond. Vanaf 2018 wordt elke nieuwe instellings-

en projectsubsidie van een staatssteuntoets voorzien. Net als elke nieuwe subsidieregeling. Deze operatie is in 2017 gestart.

Vraag 182

Wat heeft de bouw en totstandkoming van het nieuwe PGB2.0-systeem gekost? En wat zijn de te verwachten kosten?

Antwoord 182:

Het PGB2.0-systeem bestaat uit een zorgdomein en een financieel domein. De kosten voor de bouw en ontwikkeling van het zorgdomein worden gedragen door Zorgverzekeraars Nederland. Daarnaast worden door de SVB kosten gemaakt voor de ontwikkeling van het financieel domein en de aansluiting van het financieel domein op het zorgdomein. De gerealiseerde kosten bedroegen in 2017 € 2,6 miljoen. De totale begroting voor ICT investeringen aan het financieel domein bedraagt € 4,88 miljoen.

Vraag 183

Hoe ontwikkelt het vermoede onrechtmatigheid percentage in de zorg voor zowel zorgverzekeraars als zorgkantoren eventueel uitgesplitst per sector (MSZ, curatieve GGZ, wijkverpleging, pgb in de Wlz, verpleeg-huiscare, gehandicaptenzorg) zich over de afgelopen jaren sinds 2010?

Antwoord 183:

De precieze omvang van fouten en fraude in de zorg is niet bekend. Het grootste probleem is dat niet bekend is wat we niet weten. Het is daarom moeilijk om met zekerheid aan te geven wat het (vermoede) onrechtmatigheidspercentage is en in welke onrechtmatigheid voorkomt per zorgsector. De cijfers over onrechtmatigheden die wel bekend zijn, betreffen vooral de ontdekte fouten en bewezen fraude. Vooral de cijfers die zorgverzekeraars jaarlijks in juli publiceren, geven kwantitatief inzicht en een mogelijke indicatie van de omvang. Zie hiervoor het antwoord op vraag 113. In de toelichting bij hun jaarlijkse persbericht(en) geven zorgverzekeraars onder meer per sector weer wat er aan declaraties na controle voor en na betaling door zorgverzekeraars wordt afgewezen. Verder maken zij in de toelichting per zorgsoort inzichtelijk waar sprake is van vermoedelijke en vastgestelde fraude. De werkelijke omvang van onrechtmatigheden in de zorg is echter hoger dan deze cijfers van zorgverzekeraars aangeven. Vooral fraude blijft deels onder de radar.

Vraag 184

Hoeveel zorg-bv's zijn er actief, uitgesplitst naar de verschillende zorgwetten (Wmo, Jeugdwet, Wlz en Zorgverzekeringswet)?

Antwoord 184:

Hoeveel zorg-bv's actief zijn, uitgesplitst naar de verschillende zorgwetten (Wmo, Jeugdwet, Wlz en Zorgverzekeringswet) wordt niet apart geregistreerd. In het handelsregister staat onder de noemer Gezondheids- en welzijnszorg het onderstaande aantal bv's per SBI-code (activiteitentyping). Daarbij dient te worden opgemerkt dat eenzelfde bv onder verschillende SBI-codes geregistreerd kan zijn. Ook dient te worden opgemerkt dat een bedrijf in het handelsregister uitsluitend geregistreerd kan zijn als agrarisch bedrijf of vervoersbedrijf, maar toch activiteiten onderneemt op het terrein van de verschillende zorgwetten.

SBI-code (activiteitentyping) in het handelsregister	Aantal bv's
Universitair medische centra	5
Algemene ziekenhuizen	26
Categorale ziekenhuizen	80

SBI-code (activiteitentyping) in het handelsregister	Aantal bv's
Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting	92
Apotheken	1.543
Praktijken van huisartsen	684
Praktijken van medisch specialisten en medische dagbehandelcentra (geen tandheelkunde of psychiatrie)	7.363
Praktijken van psychiaters en dagbehandelcentra voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg	342
Praktijken van tandartsen	2.834
Praktijken van tandheelkundig specialisten	623
Praktijken van verloskundigen	58
Praktijken van fysiotherapeuten	1.125
Praktijken van psychotherapeuten en psychologen	881
Overige paramedische praktijken (geen fysiotherapie en psychologie) en alternatieve genezers	1.457
Gezondheidscentra	305
Arbobegeleiding en reïntegratie	1.388
Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding)	655
Medische laboratoria, trombosediens en overig behandelingsondersteunend onderzoek	268
Ambulancediensten en centrale posten	50
Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten	1.108
Verpleeghuizen	90
Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten	373
Huizen en dagverblijven voor niet-verstandelijk gehandicapten	93
Verzorgingshuizen	204
Jeugdzorg met overnachting en dagverblijven voor jeugdzorg	127
Maatschappelijk opvang met overnachting	71
Thuiszorg	1.434
Welzijnswerk voor ouderen	123
Ondersteuning en begeleiding van gehandicapten	220
Kinderopvang en peuterspeelzaalwerk	1.733
Ambulante jeugdzorg	151
Maatschappelijk werk	374
Lokaal welzijnswerk	208
Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn	872

Bron: Handelsregister (d.d. 28 mei 2018).

Vraag 185

Wat is het gemiddelde winstpercentage van de zorg-bv's uitgesplitst naar de verschillende zorgwetten (Wmo, Jeugdwet, Wlz en Zorgverzekeringswet)?

Antwoord 185:

Ik heb geen overzicht van het gemiddelde winstpercentage van zorg-bv's uitgesplitst naar de verschillende zorgwetten.

Vraag 186

Wat heeft het programmaplan Rechtmatige Zorg: aanpak fouten en fraude 2015–2018 opgeleverd in financiële zin en hoe wordt het voortgezet?

Antwoord 186:

Zie voor de financiële opbrengsten van het programma Rechtmatige Zorg 2015–2018 het antwoord op vraag 116. In april 2018 hebben wij uw Kamer geïnformeerd over het programmaplan «Rechtmatige Zorg 2018–2021 – aanpak van fouten en fraude in de zorg» (Kamerstuk 28 828, nr. 108). In dit programma zetten wij uiteen hoe wij deze kabinetsperiode onrechtmatigheden in de zorg – fouten en fraude – fors willen verminderen. We kiezen daarbij voor een aanpak met drie sporen:

1. Meer inzetten op het voorkomen van fouten en fraude.
2. Een (meer) risicogerichte maatwerk aanpak op vijf specifieke zorgsectoren: medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheids-

zorg, mondzorg, wijkverpleging en persoonsgebonden budget. Per sector zetten we in op preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking.

3. Wetgevingstrajecten die bijdragen aan het voorkomen en bestrijden van fouten en fraude. Het gaat hier onder meer om het mogelijk maken van een betere gegevensuitwisseling tussen handhavingorganisaties en het invoeren van een Waarschuwingsregister Zorg.

Vraag 187

Hoe ziet het Misbruik en Oneigenlijk gebruik (M&O)-beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport eruit?

Antwoord 187:

Het M&O-beleid is een geheel van instrumenten om misbruik en oneigenlijk gebruik te voorkomen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de risicoanalyses, het delen van controlebevindingen, het reviewbeleid, en het vastleggen van gevallen waarbij misbruik en oneigenlijk gebruik zijn geconstateerd.

Vraag 188

Waarom worden hier alleen de agentschappen uitgebreid verantwoord, en niet ook de Zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) en Rechtspersonen met een wettelijke taak (RTW's) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport?

Antwoord 188:

In het departementale jaarverslag wordt door de Minister verantwoording afgelegd over het gevoerde beleid en de bedrijfsvoering. Waarom een Zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) en een Rechtspersoon met een wettelijke taak (RWT) niet en een agentschap wel uitgebreid in het departementale jaarverslag toegelicht wordt, wordt duidelijk door de verschillen tussen een ZBO, een RWT en een agentschap.

- Een ZBO is een bestuursorgaan van de rijksoverheid dat onder de ministeriele verantwoordelijkheid valt. ZBO's zijn «bekleed met openbaar gezag»; dat wil zeggen dat ze bevoegd zijn bepaalde taken uit te voeren en daar ook instrumenten tot hun beschikking voor hebben. ZBO's leggen verantwoording aan hun desbetreffende Minister af door middel van een eigen jaarverslag en jaarrekening. Deze instanties publiceren dit ook op hun website. Dit is conform de kaderwet ZBO's.
- Een RWT is een zelfstandige organisatie op afstand van de rijksoverheid. RWT's voeren een taak uit die in de wet is geregeld en worden gefinancierd met publiek geld.
- Een agentschap daarentegen is een intern verzelfstandigd organisatieonderdeel binnen een ministerie. De ministeriële verantwoordelijkheid en het budgetrecht van de Tweede Kamer zijn volledig van toepassing op agentschappen. Hun verantwoording loopt mee via de departementale jaarverantwoording.

Vraag 189

Waarom is het vorderingssaldo tot en met 2014 nog zo hoog? Kan een overzicht per jaar van de nog uitstaande vorderingen tot en met 2014 worden gegeven? Hoe realistisch is het dat deze andere vorderingen alsnog geïnd kunnen worden?

Antwoord 189:

De reden dat deze vorderingen openstaan hebben voornamelijk te maken met het faillissement van de debiteuren en een fraudezaak. In onderstaand overzicht staan de openstaande vordering met daarbij stand van zaken op de verhaalbaarheid van de debiteur.

Jaar:	Openstaande vorderingen	Verhaalbaarheid:
2005	€ 21.620.742,58	Dit betreft een fraudezaak. De zaak is in behandeling bij de Landsadvocaat.
2009	€ 691.500,00	De debiteur is in 2015 door de rechtbank in staat van faillissement gesteld. Het faillissement is nog niet afgewikkeld. Er wordt nog gewacht nog op een eventuele slotuitdeling.
2009	€ 860.549,00	De debiteur is in 2015 door de rechtbank in staat van faillissement gesteld. Het faillissement is nog niet afgewikkeld. Er wordt nog gewacht nog op een eventuele slotuitdeling.
2009	€ 17.550,00	De debiteur is in 2015 door de rechtbank in staat van faillissement gesteld. Het faillissement is nog niet afgewikkeld. Er wordt nog gewacht nog op een eventuele slotuitdeling.
2009	€ 83.286,00	De debiteur is in 2011 door de rechtbank in staat van faillissement gesteld. Het faillissement is nog niet afgewikkeld. Er wordt nog gewacht nog op een eventuele slotuitdeling.
2011	€ 10.980,00	De debiteur is in 2011 door de rechtbank in staat van faillissement gesteld. Het faillissement is nog niet afgewikkeld. Er wordt nog gewacht nog op een eventuele slotuitdeling.
2012	€ 100.025,22	De debiteur is in 2012 door de rechtbank in staat van faillissement gesteld. Het faillissement is nog niet afgewikkeld. Er wordt nog gewacht nog op een eventuele slotuitdeling.
2013	€ 137.621,40	De debiteur is in 2013 door de rechtbank in staat van faillissement gesteld. Het faillissement is nog niet afgewikkeld. Er wordt nog gewacht nog op een eventuele slotuitdeling.
2013	€ 220.414,63	De debiteur is in 2015 door de rechtbank in staat van faillissement gesteld. Het faillissement is nog niet afgewikkeld. Er wordt nog gewacht nog op een eventuele slotuitdeling.
2014	€ 310.373,59	Dit betreft een vordering met betrekking tot de Voormalige Algemene Kas. De verwachting is dat dit bedrag in de komende jaren zal worden ontvangen.
2014	€ 2.971,00	Vordering op een buitenlandse inspectie. De IGJ zal dit via een incasso proberen te innen.
2014	€ 794,75	Vordering op een buitenlandse inspectie. De IGJ zal dit via een incasso proberen te innen.
2014	€ 420,75	Vordering op een buitenlandse inspectie. De IGJ zal dit via een incasso proberen te innen.
2014	€ 1.221,00	Vordering op een buitenlandse inspectie. De IGJ zal dit via een incasso proberen te innen.
2014	€ 1.287,01	Vordering in 2015 overgedragen aan een incassobureau. De vordering is nog altijd in behandeling het incassobureau, dus worden er nog verhaalsmogelijkheden gezien.
2014	€ 1.063,49	Vordering in 2015 overgedragen aan een incassobureau. De vordering is nog altijd in behandeling het incassobureau, dus worden er nog verhaalsmogelijkheden gezien.
2014	€ 5.000.000,00	Dit betreft een vordering op Pd Alt. De ontvangst zal bij het vertrek van het RIVM terrein worden verrekend.
2014	€ 2.280,82	Vordering in 2015 overgedragen aan een incassobureau. De vordering is nog altijd in behandeling het incassobureau, dus worden er nog verhaalsmogelijkheden gezien.
2014	€ 80.662,00	Er is met de debiteur een afspraak gemaakt met betrekking tot terugbetaling.
2014	€ 19.952,00	Er is met de debiteur een afspraak gemaakt met betrekking tot terugbetaling.

Vraag 190

Uitvoeringsorgaan bevolkingsonderzoeken; wie houdt toezicht op de screeningsorganisaties?

Antwoord 190:

De screeningsorganisaties zijn stichtingen met een Raad van Toezicht. Voor de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker hebben de

screeningsorganisatie een vergunning op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek. De vergunningen worden verleend onder specifiek voor de verschillende bevolkingsonderzoeken geldende voorwaarden. Het toezicht op de naleving van deze voorwaarden berust op grond van artikel 10 van de Wet op het bevolkingsonderzoek bij de IGJ i.o. De IGJ i.o. is daarmee ook betrokken als het gaat om incidenten. Verder heeft de IGJ i.o. een toezichthoudende taak op grond van de Wkkgz (wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg). Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM stelt voor de uitvoering van de bevolkingsonderzoek uitvoeringskaders op en houdt conform de subsidievoorwaarden toezicht op de uitvoering daarvan.

Vraag 191

Gaat de inspectie langs bij de screeningsorganisaties?

Antwoord 191:

Ja, de inspectie bezoekt de screeningsorganisaties als er incidenten zijn die hiertoe aanleiding geven.

Vraag 192

Vallen screeningsorganisaties onder de Wet normering topinkomens (WNT)?

Antwoord 192:

In de subsidievoorwaarden die van toepassing zijn op de screeningsorganisaties is opgenomen dat ze zich aan de bestaande wet- en regelgeving moeten houden, inclusief de WNT. Hierover verantwoorden ze zich in o.a. de jaarrekeningen.

Vraag 193

Hoe kan het dat één iemand een dienstverband heeft van 1,06 fte (en dus meer dan 1,00 fte)?

Antwoord 193:

In de Evaluatiewet WNT (2017) (Kamerstuk 34 654) is een bepaling opgenomen over anticumulatie. Strekking is dat personen bij meerdere instellingen als bestuurder actief mogen zijn en dat de totale deeltijdfactor de 1,00 fte mag blijven overstijgen. Wel is de totale bezoldiging in de hoedanigheid als topfunctionaris gemaximeerd op het WNT-maximum, behorend bij een dienstverband van 1,00 fte. Het WNT-maximum bedroeg in 2017 € 181.000.

Vraag 194

De afgelopen jaren is de zorg ingrijpend hervormd om mensen meer maatwerk en betere zorg te bieden. Op welke manier is er «meer» maatwerk en «betere» zorg geboden? Hoe heeft u dit gemeten?

Antwoord 194:

De Nederlandse gezondheidszorg scoort op veel punten sterk: onze zorg is in vergelijking met andere landen erg toegankelijk en de kwaliteit is hoog. Het OESO-rapport 2017 laat een positieve trend zien ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Nederland heeft een van de laagste sterftecijfers van de OESO-landen en relatief korte wachttijden in de zorg. Daarnaast komen er voortdurend nieuwe behandelingen en geneesmiddelen in het pakket. Zo zijn er in 2017 bijvoorbeeld vergoedingsmogelijkheden in het basispakket gekomen voor mensen die pijn hebben door vernauwde bloedvaten in de benen (de zogenaamde etalagebenen), zijn de kosten voor kortdurend verblijf in een zorgstelling na ontslag uit het ziekenhuis opgenomen en worden kunststanden vergoed tot 23 jaar in plaats van 18 jaar.

Door de nieuwe kwaliteitsstandaarden in de langdurige zorg is het mogelijk om meer maatwerk aan cliënten te leveren. Het kabinet heeft in 2017 € 100 miljoen ingezet voor extra zorgmedewerkers (het budget is toegevoegd aan de tarieven voor cliënten die in een verpleeghuis verblijven op basis van een zzp of vpt). Daarnaast is de onder het Kabinet Rutte II voorgestelde bezuiniging op de verpleeghuizen geschrapt. Hiermee kan extra geld voor kwaliteit worden uitgetrokken en wordt een groot verbeterprogramma opgezet. De nadruk ligt hierbij niet op vinklijstjes, maar op met elkaar de zorg beter maken. Het kwaliteitskader stelt een aantal minimale normen voor de periode tot eind 2018. Zo is er tijdens de dag en avond permanent iemand in de gemeenschappelijke ruimte om de aanwezige bewoners de benodigde aandacht en nabijheid te bieden en toezicht te houden en zijn er minimaal twee zorgverleners beschikbaar bij intensieve zorgmomenten (zoals opstaan, naar bed gaan en rond het sterven). Vanaf 2019 zal door de verpleeghuizen ook daadwerkelijk worden gerapporteerd over de extra personele inzet. Hierover zijn met verpleeghuizen in 2017 geen specifieke afspraken gemaakt (zoals eerder gemeld in de brief van 8 februari jl.; Kamerstuk 31 765, nr. 296).

Vraag 195

Kunt u uitsplitsen waaruit de 2,6 miljard aan onderschrijding van het Budgettair Kader Zorg is opgebouwd?

Antwoord 195:

Het BKZ kende in de begroting 2017 een verwachte onderschrijding van € 1,4 miljard voor het jaar 2017. Zoals is aangegeven in tabel 3 op pagina 160 van het jaarverslag 2017, is het kader met € 0,6 miljard opwaarts bijgesteld, voornamelijk als gevolg van een opwaartse bijstelling van de prijs Nationale Bestedingen. De netto-uitgaven zijn, zoals is aangegeven in tabel 5 op pagina 162 van het jaarverslag 2017, met – € 0,6 miljard verlaagd, als gevolg van lagere uitgaven bij de Zvw (o.a. genees- en hulpmiddelen en geneeskundige ggz). Daarmee is de onderschrijding in 2017 toegenomen met € 1,2 miljard tot € 2,6 miljard.

Vraag 196

Hoeveel is de nominale premie en inkomensafhankelijke bijdrage omlaag gegaan, toen bij de begroting 2017 reeds bleek dat er een forse onderschrijding zou plaatsvinden?

Antwoord 196:

In de begroting 2017 werd een onderschrijding van het BKZ van € 1,4 miljard geraamd. Deze resulteerde uit een € 2,1 miljard lager BKZ (vooral vanwege een lagere prijs nationale bestedingen) en € 3,5 miljard lagere uitgaven. Van die € 3,5 miljard betrof € 2,3 miljard lagere Zvw uitgaven. Die lagere Zvw-uitgaven zijn vrijwel volledig neergeslagen in lagere premies (voor € 1,1 miljard bij de inkomensafhankelijke bijdrage en voor € 0,9 miljard bij de door VWS geraamde nominale premie). Daarnaast zijn ook het eigen risico en de rijksbijdrage kinderen lager uitgekomen.

Vraag 197

Hoeveel lager hebben de zorgverzekeraars de premies in 2017 en 2018 vastgesteld dan geraamd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de hand van de onderschrijding die na de begroting 2017 is opgetreden?

Antwoord 197:

De verzekeraars hebben bij de premiestelling 2017 volgens de transparantieoverzichten van de premieopbouw zoals door individuele verzekeraars gepresenteerd op hun website rekening gehouden met circa € 0,3 miljard

lagere uitgaven dan door VWS geraamd. Bij de premiestelling 2018 zijn verzekeraars er volgens deze overzichten van uitgegaan ruim € 0,6 miljard aan reserves in te zetten. Dat was ruim € 0,1 miljard meer dan door VWS geraamd. Wanneer we een compleet beeld hebben van de jaarcijfers van verzekeraars over 2017, is bekend wat verzekeraars daadwerkelijk aan reserves hebben ingezet in de premie 2018. In welke mate deze reserve-afbouw te koppelen is aan de uitgavenoverschrijding 2017 valt niet te zeggen.

Vraag 198

Welke overschrijding op het kader rijksbegroting is gecompenseerd door de overschrijding in het uitgavenkader zorg?

Antwoord 198:

Compensaties tussen de uitgavenkaders vindt plaatst op totaal niveau en niet op specifieke posten. De overschrijding van het uitgavenkader zorg maakte het mogelijk om een overschrijding op het kader rijksbegroting binnen de totale uitgavennorm te compenseren. Compensatie wil in dit verband zeggen dat het kabinet niet hoefde in te grijpen met maatregelen in het kader rijksbegroting, omdat onder het totale uitgavenkader nog ruimte beschikbaar was door overschrijding in de zorg.

Vraag 199

Wat dragen bedrijven in totaal bij aan het betalen van de zorgkosten?

Antwoord 199:

In 2017 is er € 22,3 miljard aan inkomensafhankelijke bijdrage betaald. Dit wordt deels afgedragen door zelfstandigen en gepensioneerden (samen circa € 6,5 miljard). Werkgevers (inclusief de overheid en sociale zekerheid) dragen circa € 16 miljard af. Daarvan wordt € 12,5 miljard betaald door bedrijven.

Vraag 200

Wat is de verdeling van de zorgkosten naar inkomensgroep en vermogensgroep?

Antwoord 200:

Het CBS geeft data over gemiddelde kosten onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) per persoon, uitgesplitst naar tien inkomensdecielen over 2015. De data lopen van het eerste deciel (10% laagste inkomens) tot het tiende deciel (10% hoogste inkomens).

Inkomensgroep	Zvw-kosten per persoon
1° deciel	€ 2.474
2° deciel	€ 2.978
3° deciel	€ 2.726
4° deciel	€ 2.469
5° deciel	€ 2.285
6° deciel	€ 2.193
7° deciel	€ 2.116
8° deciel	€ 2.054
9° deciel	€ 1.969
10° deciel	€ 1.859

Over een verdeling van zorgkosten naar vermogensgroep zijn geen gegevens beschikbaar.

In deze vraag is de verdeling van zorgkosten geïnterpreteerd als de verdeling van gemaakte zorgkosten en niet de verdeling van de betaalde

zorgkosten. Voor inzicht in de betaalde zorgkosten per inkomensgroep verwijs ik u naar het antwoord op vraag 256.

Vraag 201

Wat is de invloed van de loonontwikkeling in de zorg geweest op de forse daling van de nominale uitgavengroei na 2012?

Antwoord 201:

De ontwikkeling van de lonen (en prijzen) heeft een beperkte rol gespeeld in de daling van de nominale uitgavengroei na 2012 ten opzichte van de groei tot 2012.

De gemiddelde (voor overhevelingen gecorrigeerde) nominale uitgavengroei in de periode 2006–2012 bedroeg 6,3%. Hiervan werd 1,2% veroorzaakt door de ontwikkeling van de lonen en prijzen.

De gemiddelde (voor overhevelingen gecorrigeerde) nominale uitgavengroei in de vorige kabinetsperiode (2012–2017) bedroeg 1,2%, waarvan 0,7% werd veroorzaakt door de ontwikkeling van de lonen en prijzen.

De daling van de nominale uitgavengroei na 2012 van ruim 5%-punt wordt dus voor 0,5%-punt verklaard door de lagere loon- en prijsontwikkeling in die periode.

Vraag 202

Is er een verschil waar te nemen in de wijze waarop het Budgettair Kader Zorg vast wordt gesteld voor en na 2012?

Antwoord 202:

Nee, het Budgettair Kader Zorg werd voor en na 2012 op dezelfde manier vastgesteld. Overigens is met de start van het nieuwe kabinet wel een wijziging doorgevoerd. Het kader wordt vanaf 2018 geïndexeerd met de loon- en prijsontwikkeling van het CPB, waarmee ook de uitgaven worden geïndexeerd. Hierdoor speelt de ruilvoetproblematiek geen rol meer in de begrotingsbesluitvorming. Bovendien is de naam van het Budgettair Kader Zorg vervangen door het Uitgavenplafond Zorg.

Vraag 203

Is onderzocht hoe investeringen in preventie de kosten van de zorg op lange termijn kunnen beïnvloeden?

Antwoord 203:

Ja, dit is onderzocht. Maatschappelijke kosten-batenanalyses (MKBA's) becijferen alle kosten en baten van interventies op een bepaald vlak, en zijn recent uitgevoerd ten aanzien van roken en alcohol (zie ook mijn antwoord op vraag 70).

Vraag 204

Wat zijn de kosten van het gemiddelde van 40% aan administratie-tijd in de zorg?

Antwoord 204:

Onderzoek heeft uitgewezen dat zorgverleners soms tot wel 40% van hun tijd aan administratieve handelingen besteden. Dat betekent niet dat dit een gemiddelde voor de gehele zorg is. Het is ook niet allemaal verspilde tijd: registreren en verantwoorden zijn onderdeel van het werk van zorgverleners en dragen bij aan betere kwaliteit van zorg. Maar wij vinden 40% een te hoog percentage. Hoe wij voornemens zijn de regeldruk terug te dringen staat in het programma (Ont)Regel de Zorg, dat wij uw Kamer kort geleden hebben doen toekomen (Kamerstuk 29 515, nr. 424). De kosten van de aan administratie bestede tijd hebben we niet precies becijferd. Onze motivatie om deze terug te dringen is ook breder dan financieel: te hoge regeldruk betekent minder tijd voor de patiënt of cliënt,

en minder werkplezier voor de zorgverlener. Zeker tegen de achtergrond van de toenemende vraag op de arbeidsmarkt naar zorgprofessionals is het dus van groot belang dat de regeldruk merkbaar minder wordt, en dat is ook het doel van het programma (Ont)Regel de Zorg.

Vraag 205

Hoe hebben de zorguitgaven zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld? Kan dit gespecificeerd worden voor de ontwikkeling van de Zvw, de AWBZ/Wlz, Jeugdzorg, Wmo 2015 en de totale uitgaven?

Antwoord 205:

In tabel 17 (pagina 189) van het jaarverslag 2017 zijn de zorguitgaven over de jaren 2007 tot en met 2017 opgenomen, in totalen en uitgesplitst in Zvw, AWBZ/Wlz, Wmo 2015, Jeugdwet en overig begrotingsgefinancierd.

Vraag 206

Hoe verhoudt de ontwikkeling in zorguitgaven in Nederland zich tot andere landen in Europa in de periode 2006–2018?

Antwoord 206:

In onderstaande tabel vindt u de zorguitgaven in percentage van het bruto binnenlands product (bbp) voor Nederland en enkele Europese landen. De cijfers voor 2016 betreffen voorlopige schattingen. Voor 2017 en 2018 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nederland	9,2	9,2	9,5	10,2	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,7	10,5
Oostenrijk	9,5	9,5	9,6	10,1	10,1	9,9	10,1	10,2	10,3	10,3	10,4
België	8,9	9,0	9,3	10,1	9,9	10,1	10,2	10,4	10,4	10,5	10,4
Denemarken	9,2	9,3	9,5	10,7	10,4	10,2	10,3	10,2	10,3	10,3	10,4
Finland	8,0	7,8	8,1	8,9	8,9	8,9	9,3	9,5	9,5	9,4	9,3
Frankrijk	10,0	10,0	10,1	10,8	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,1	11,0
Duitsland	10,1	10,0	10,2	11,2	11,0	10,7	10,8	11,0	11,1	11,2	11,3
Italië	8,5	8,2	8,6	9,0	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9
Noorwegen	7,9	8,1	8,0	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,0	10,5
Spanje	7,8	7,8	8,3	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	9,1	9,2	9,0
Zweden	8,2	8,1	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11,0	11,0
Zwitserland	9,8	9,6	9,8	10,4	10,7	10,8	11,1	11,4	11,6	12,1	12,4
Ver. Koninkrijk	7,4	7,5	7,7	8,6	8,5	8,5	8,5	9,9	9,8	9,9	9,7

Bron: OESO Health Database (2018)

Vraag 207

Hoe verhoudt de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg – totaal, de curatieve zorg en de langdurige zorg – zich tot andere landen in Europa?

Antwoord 207:

Ik vind het belangrijk de kwaliteit van de Nederlandse zorg ook internationaal te spiegelen. Daarvoor gebruik ik verschillende bronnen. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) beschikt over het meest uitgebreide overzicht van indicatoren over kwaliteit van zorg, en rapporteert deze jaarlijks in het rapport Health at a Glance. Ook de Commonwealth Fund verzamelt met onderzoek op basis van vragenlijsten bij burgers, huisartsen en ouderen gegevens over kwaliteit van zorg. Op 26 januari jongstleden heb ik uw Kamer het meest recente onderzoek van de Commonwealth Fund toegestuurd (Kamerstuk 31 765, nr. 294), wat in 2017 gehouden is onder 65-plussers.

Verder bevatten de databases van Eurostat en de statistieken van de Wereldgezondheidsorganisatie die met kwaliteit van zorg van doen hebben, gebruikt de European Health Consumer Index kwaliteitsindicatoren, en worden in de academische literatuur met enige regelmaat

internationaal vergelijkende studies gepubliceerd met empirisch verzamelde data over kwaliteit van zorg.

Uit al deze vergelijkingen komt het beeld naar voren dat het Nederlandse zorgsysteem van een kwaliteit is die de vergelijking met andere ontwikkelde landen goed kan doorstaan. Met name op de toegankelijkheid van de zorg en efficiëntie presteert de Nederlandse zorg goed.

Vraag 208

Waarom wordt de trendlijn niet naar beneden bijgesteld nu de uitgaven-groei sinds 2012 fors is omgebogen?

Antwoord 208:

De trendlijn zoals weergegeven op pagina 157 van het jaarverslag is gebaseerd op de uitgavenontwikkeling in de jaren 2006 en 2012 en laat zien hoe hoog de zorguitgaven zouden zijn uitgekomen als de nominale uitgavengroei in die jaren zich ook tussen 2012 en 2017 zou hebben voorgedaan. Om die reden heeft de feitelijk gerealiseerde groei van de zorguitgaven sinds 2012 geen effect op de genoemde trendlijn.

Vraag 209

Wat waren de overschrijdingen op het Budgettair Kader Zorg sinds 2012, zowel totaal als per jaar en uitgesplitst naar Zvw, Wlz en begrotingsgefinancierde zorguitgaven?

Antwoord 209:

In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de overschrijding dan wel onderschrijding van het Budgettair Kader Zorg in de periode 2012–2017.

De overschrijding/onderschrijding van het BKZ wordt enerzijds veroorzaakt door de bijstelling van het kader en anderzijds door de bijstelling van de netto-zorguitgaven. Er kan niet exact worden aangegeven welk deel van de overschrijding/onderschrijding betrekking heeft op Zvw, AWBZ/Wlz en begrotingsgefinancierde zorguitgaven. Dit omdat het deel van de over- dan wel onderschrijding dat betrekking heeft op de bijstelling van het uitgavenkader niet uitgesplitst wordt. De bijstellingen van de netto-zorguitgaven zijn wel uitgesplitst opgenomen in de VWS-jaarverslagen 2012 tot en met 2017. Hieruit valt op te maken dat de hogere netto-zorguitgaven in 2012 voornamelijk hun oorsprong vinden in de AWBZ en de lagere zorguitgaven vanaf 2013 tot en met 2017 in de Zvw.

Over- en onderschrijdingen BKZ 2012–2017 (bedragen x 1 miljard)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(+)overschrijding en						
(-)onderschrijding	0,9	- 1,1	- 2,0	- 0,6	- 1,8	- 2,6

Bron: VWS-jaarverslagen, Financieel Beeld Zorg 2012 t/m 2017

Vraag 210

Waarop is de stijging van de netto-zorguitgaven met circa 4% per jaar gebaseerd?

Antwoord 210:

Zoals uit onderstaande tabel blijkt is de gemiddelde jaarlijkse stijging (reële groei) van de netto- zorguitgaven met 4% gebaseerd op een gemiddelde stijging (nominale groei) van de netto-zorguitgaven met circa 6%, gecorrigeerd voor overhevelingen van de Wmo en Jeugdwet naar het gemeentefonds zoals opgenomen in de Startnota (zie nota van wijziging begroting 2018) en vervolgens vermindert met de gemiddelde groei van de Prijs BBP met circa 2%.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Gemiddelde 2018–2021
Netto-zorguitgaven gecorrigeerd voor overhevelingen	63.675	67.315	72.482	77.167	81.668	87.068	
Totale groei (nominale groei)		5,7%	7,7%	6,5%	5,8%	6,6%	6,4%
Prijs bbp (op basis van CEP 2018)		1,8%	2,4%	2,0%	1,8%	1,9%	2,0%
Reële groei		3,8%	5,2%	4,4%	3,9%	4,6%	4,3%

Vraag 211

Waarom wordt er van uitgegaan dat de zorguitgaven 2x zo hard zullen groeien (circa 4%) als de economische groei (2%)?

Antwoord 211:

Dat de reële zorguitgaven in deze kabinetsperiode naar verwachting met 4% groeien is het resultaat van verwerking van de middellangetermijneraming (mlt) van het CPB en de keuzes die gemaakt zijn in het Regeerakkoord van het kabinet-Rutte III. De daaruit resulterende geraamde zorguitgaven voor de jaren 2018–2021 zijn weergegeven in het antwoord op vraag 210.

Omdat het CPB daarnaast raamt dat de economische groei in de periode 2017–2021 gemiddeld 2% bedraagt, kan worden geconcludeerd dat de zorguitgaven naar verwachting tweemaal zo veel stijgen als de economische groei.

Vraag 212

Waarom worden de zorguitgaven voor asielzoekers en statushouders niet apart geregistreerd? Is het niet belangrijk om te achterhalen wat de migratieproblematiek de Nederlandse burger kost?

Antwoord 212:

De zorgkosten voor asielzoekers vallen onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, en zijn daarmee ook op die begroting terug te vinden.

Statushouders zijn ingezetenen van Nederland, en zij verblijven hier onder dezelfde voorwaarden als andere ingezetenen. Dit betekent onder andere dat zij zich moeten verzekeren ingevolge de Zorgverzekeringswet.

Etniciteit, geloof, taal etc. worden niet geregistreerd (dat mag ook niet in verband met het gelijkheidsbeginsel) bij het gebruik van zorg.

Vraag 213

Hoeveel hoger zou de premie geweest zijn wanneer er geen sprake zou zijn van een onderschrijding van € 2,6 miljard op het Budgettair Kader Zorg, maar het volledige bedrag zou zijn uitgegeven?

Antwoord 213:

Het effect op de premie is afhankelijk van de plaats waar de extra uitgaven plaatsvinden.

Als de Wlz-uitgaven € 2,6 miljard hoger zouden zijn uitgekomen dan had dat geen effect gehad op de premie, omdat de Wlz-premie niet jaarlijks muteert.

Als bij de begroting 2017 zou zijn besloten dat de Zvw-uitgaven € 2,6 miljard hoger mogen uitkomen dan zou dat hebben geleid tot € 2,4 miljard hogere premies. De inkomensafhankelijke bijdrage zou dan € 1,3 miljard hoger zijn vastgesteld en de nominale premie € 1,1 miljard. Het eigen risico zou dan € 0,1 miljard meer hebben opgeleverd (vanwege

indexering) en de rijksbijdrage zou eveneens € 0,1 miljard hoger zijn uitgevallen.

Vraag 214

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

Antwoord 214:

Per 1 mei 2018 bedroeg het aantal wanbetalers dat bij het CAK geregistreerd is: 235.988.

Vraag 215

Hoeveel wanbetalers waren er op 1 mei jl. en kunt u inzichtelijk maken hoe het aantal wanbetalers de afgelopen jaren afneemt?

Antwoord 215:

Per ultimo	2014	2015	2016	2017	1 mei 2018
Aantal wanbetalers	325.810	312.037	277.023	249.044	235.988

Uit bovenstaande tabel is af te leiden dat sinds ultimo 2014 het aantal wanbetalers met circa 90.000 is afgenomen.

Vraag 216

Een deel van de gereserveerde middelen voor voorwaardelijke toelating is niet benut; kan dit worden toegelicht?

Antwoord 216:

In de Kamerbrief Herinrichting van de regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating (Kamerstuk 29 689, nr. 806) heeft mijn ambtsvoorganger uitgebreid onderbouwd op basis van meerdere knelpunten waarom de huidige regeling voorwaardelijke toelating onvoldoende tot zijn recht komt. Ook is daarbij aangegeven dat zich de afgelopen jaren steeds minder kandidaten aan hebben gemeld voor deze regeling, waardoor ook de beschikbare middelen slechts beperkt worden benut.

In voornoemde Kamerbrief is voorts het voornemen aangekondigd dat de regeling van voorwaardelijke pakkettoelating wordt vervangen door een beter werkende subsidieregeling. De uitgewerkte subsidieregeling is in de Kamerbrief Subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt (Kamerstuk 29 689, nr. 905) aangekondigd.

Het streven is dat door de aangekondigde vereenvoudiging, betere toegang, aanvullende ondersteuning en snellere doorlooptijd er op grotere schaal gebruik wordt gemaakt van deze subsidieregeling. De verwachting is dat de gereserveerde middelen daarom in de toekomst wel volledig worden benut.

Vraag 217

Wat is de oorzaak van de onderschrijding bij de wijkverpleging?

Antwoord 217:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 218

Hoeveel mensen konden in 2017 niet kiezen waar ze wilden sterven; thuis, in het verpleeghuis of in het ziekenhuis?

Antwoord 218:

Ik kan deze vraag niet beantwoorden. Er worden namelijk geen gegevens bijgehouden over de plaats waar mensen bij voorkeur willen overlijden en in welke gevallen dat niet mogelijk is geweest. Bekend is dat de aanvaankelijke voorkeur in de laatste fase nogal eens verandert door wijzigende omstandigheden. Registratie is mede daarom ook lastig. Ik streef er wel naar dat mensen zoveel mogelijk op de plek van hun voorkeur kunnen overlijden.

Vraag 219

Wat is de reden dat er voor de medisch-specialistische zorg (MSZ) na onderschrijdingen in 2014 en 2015 er weer een relatief beperkte overschrijding in 2016 is en een (voorlopig) hogere overschrijding in 2017?

Antwoord 219:

VWS heeft geen totaalbeeld van de achterliggende oorzaken van de overschrijdingen in 2016 en 2017. Op specifieke onderdelen van de medisch-specialistische zorg kunnen wel algemene ontwikkelingen worden waargenomen die een mogelijke verklaring geven voor de stijging van de uitgaven. Een voorbeeld hiervan is de stijging van de uitgaven aan dure geneesmiddelen. Daarnaast is Een mogelijke verklaring dat de effectieve groei van het beschikbare kader in de jaren 2016 en 2017 relatief laag was.

Vraag 220

Hoe verhoudt de passage op blz. 166 van het jaarverslag, waarin de onderschrijdingen in de wijkverpleging lijken te worden toegeschreven aan de zorgakkoorden, zich tot de passage op blz. 210 waarin de onderschrijding bij de wijkverpleging wordt verklaard uit een tekort aan wijkverpleegkundigen en een scherpe contractering door zorgverzekeraars?

Antwoord 220:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 221

Waarom wordt de werking van de zorgakkoorden uitsluitend getoetst aan de financiële resultaten en niet aan de kwaliteit of de toegankelijkheid van de zorg?

Antwoord 221:

In het Financieel Beeld Zorg in het jaarverslag 2017 wordt in hoofdstuk 3 (Uitgaven Budgettair Kader Zorg) ingegaan op de relatie van de uitgavenontwikkeling in de zorg met de gemaakte financiële afspraken in de zorgakkoorden. De zorgakkoorden bevatten daarnaast ook afspraken over de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg. De voortgang van de uitwerking van deze afspraken wordt regelmatig besproken met de bij de akkoorden betrokken partijen in de verschillende bestuurlijke overleggen. De Tweede Kamer is op andere momenten ook over deze voortgang geïnformeerd. Zie bijvoorbeeld de brief over de voortgang van de Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda in de medisch-specialistische zorg (Kamerstukken 29 248 en 32 620, nr. 294), de brief over de voortgang van verschillende dossiers in de medisch-specialistische zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 308) of de verschillende marktscans die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft uitgevoerd en gepubliceerd.

Vraag 222

Hoeveel geld is er nodig om alle wachtlijsten in de ggz op te lossen?

Antwoord 222:

Dat antwoord is niet te geven. De wachttijden worden veroorzaakt door een combinatie van factoren, waarbij (extra) geld niet de simpele oplossing vormt. Zie hiervoor ook de brief van 10 april jl. die ik aan uw Kamer heb gezonden (Kamerstuk 25 424, nr. 396).

Vraag 223

In hoeverre heeft de afbouw van bedden in de ggz bijgedragen aan de onderschrijding op het ggz budget in de jaren 2015, 2016 en 2017?

Antwoord 223:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn brieven van 22 december 2017 (Kamerstuk 25 424, nr. 385) en 4 mei jl. (Kamerstuk 25 424, nr. 407) waarin ik respectievelijk inga op de afbouw van de klinische ggz en de systematiek van het macrokader in relatie tot de aanspraken van de Zorgverzekeringswet.

Vraag 224

Welk effect heeft het niet besteden van middelen, bedoeld voor de ggz, gehad op de wachtlijsten? Als het geld wel was uitgegeven aan ggz, zouden dan de wachtlijsten niet veel korter zijn? Zo ja in welke mate? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 224:

Uit de contracteringscijfers voor 2018 blijkt dat door zorgverzekeraars in 2018, ten opzichte van 2017, voor € 109 miljoen extra gecontracteerd is in de ggz. Uit de cijfers blijkt niet waar deze extra middelen aan worden besteed. Niet duidelijk is om welke doelgroepen het gaat, of er echt meer zorg is ingekocht of dat de extra middelen zijn ingezet als inflatiecorrectie en of het om ambulante of juist intramurale zorg gaat. Zorgverzekeraars geven aan dat het grotendeels volumeverruiming betreft, beschikbaar om wachttijden te kunnen wegwerken. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars ook gedurende het jaar nog bijcontracteren. ZN bevestigt dat dit in 2017 in meerdere gevallen is gebeurd. Het exacte effect van de extra contractering in 2018 is lastig te bepalen. Feit is wel dat ondanks deze extra contractering, de wachttijden niet zijn teruggebracht tot onder de Treeknorm. Zie ook de brief die ik op 10 april jl. aan uw Kamer heb gezonden (Kamerstuk 25 424, nr. 396).

Vraag 225

Hoeveel geld is er in 2017 besteed aan de preventie van psychische klachten?

Antwoord 225:

Voor de preventie van psychische klachten lopen een aantal trajecten. Jaarlijks stel ik via het Zorginstituut € 2 miljoen ter beschikking voor zelfhulp en vroegtijdige herkenning van psychische klachten voor mensen die uit schaamte of angst voor hun omgeving geen professionele hulp zoeken (anonieme e mental health). De preventie van depressie is een prioriteit in mijn beleid. Het Meerjarenprogramma depressie (MJP) is gericht op het ontwikkelen van een ketenaanpak voor de preventie van depressie bij verschillende hoogerisicogroepen. Ik heb voor de uitvoer van het MJP jaarlijks € 0,75 miljoen beschikbaar gesteld. In 2017 is begonnen met een ketenaanpak voor de doelgroep jongeren. Tegelijkertijd en ondersteunend aan het MJP is in 2016 de publiekscampagne depressie gestart. Jaarlijks is daarvoor € 1 miljoen beschikbaar. Met deze campagne beoog ik de kennis over signalen van een depressie te verbeteren en het taboe om te spreken over depressie te doorbreken. Op lokaal niveau worden – vanuit gemeentelijke

financiering – eveneens programma’s uitgevoerd om depressie tegen te gaan. In het kader van het MJP is dit jaar het initiatief genomen om daar landelijk zicht op te krijgen.

Vraag 226

Wat is het effect geweest van de onderschrijding in de ggz op de ontwikkeling van de hoogte van de zorgpremie? Klopt het dat de kans bestaat dat de zorgpremie gaat stijgen als het begrote budget voor de ggz, dat niet is aangewend voor zorg, alsnog gebruikt zou worden voor het wegwerken van de wachtlijsten?

Antwoord 226:

De nominale premie wordt vastgesteld door verzekeraars zelf. In de VWS uitgavenraming 2018 en 2019 is er rekening mee gehouden dat de onderschrijding in de ggz afneemt vanwege het wegwerken van wachtlijsten. In welke mate verzekeraars dit gevolgd hebben in de uitgavenraming die zij gebruikt hebben bij de premievaststelling is onbekend. Omdat verzekeraars zorgplicht hebben gaan we ervan uit dat verzekeraars voldoende zorg inkopen wat ook terugkomt in de premie ontwikkeling. Bij de zorginkoop sturen verzekeraars – gegeven de zorgplicht en de aanspraken van verzekerden – ook op doelmatigheid om de uitgaven in de zorg beperkt te houden. Dit werkt uiteraard ook door in de premie. In de brief van 4 mei 2018 (Kamerstuk 25 424, nr. 407) is uitgebreid ingegaan op de relatie tussen de onderschrijding in de ggz en de zorgpremie.

Vraag 227

Hoe is de tolkenvoorziening geregeld voor asielzoekers en statushouders die te maken hebben met psychische problemen, nu de tolkenvoorziening niet meer gemeentelijk is geregeld?

Antwoord 227:

Voor asielzoekers met psychische problemen is een tolkenvoorziening geregeld via het COA in het AZC waar de asielzoeker zich op dat moment bevindt. Wanneer een vreemdeling statushouder is kan deze bij de huisarts en de daarbij aangesloten praktijkondersteuner gedurende een half jaar een beroep doen op een tolkenondersteuning. Wanneer de statushouder wordt doorverwezen naar de specialistische ggz is deze aangewezen op een ggz-instelling die zich heeft gespecialiseerd op behandeling van vreemdelingen. Wanneer gebruik wordt gemaakt van een reguliere ggz-instelling is de statushouder zelf verantwoordelijk voor het inhuren van een professionele tolk wanneer de statushouder de Nederlandse taal nog onvoldoende beheerst en de ggz-instelling geen tolkenvoorziening treft.

Vraag 228

Hoe vaak worden statushouders geweigerd door ggz-instellingen, omdat zij de taal niet voldoende spreken, maar ook geen tolkenvoorziening aanwezig is?

Antwoord 228:

Een instelling die verwacht vanwege een taalbarrière geen goede zorg te kunnen leveren, kan overwegen geen zorg te leveren. Er zijn geen gegevens bekend inzake het aantal keren dat statushouders worden geweigerd vanwege een taalbarrière. Daarnaast zijn er gespecialiseerde ggz-instellingen voor vreemdelingen die zijn toegerust om mensen met andere culturen en taal te behandelen. Hier kan een vreemdeling in zulke gevallen wel terecht.

Vraag 229

Hoeveel geld hebben huisartsen in de kabinetsperiode Rutte II ontvangen voor substitutie?

Antwoord 229:

Voor substitutie is in 2016 in totaal € 24,9 miljoen structureel overgeheveld van het budgettaire kader medisch specialistische zorg naar het budgettaire kader huisartsenzorg (€ 10,9 miljoen) en multidisciplinaire zorg (€ 14,0 miljoen). Daarnaast is het kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg jaarlijks met 1,5% verhoogd met het oog op substitutie vanuit de medisch specialistische zorg en zorgvernieuwing.

Vraag 230

Wat betekenen de forse overschrijdingen bij de huisartsenzorg voor het toekomstige beleid?

Antwoord 230:

De overschrijdingen bij de huisartsenzorg en de gevolgen daarvan voor het toekomstige beleid, en met name het budgettaire kader, zijn onderdeel van de gesprekken over hoofdlijnakoorden voor de jaren 2019 tot en met 2022.

Vraag 231

Wat betekenen de forse overschrijdingen van ruim 100 miljoen bij de wijkverpleging voor het toekomstige beleid?

Antwoord 231:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 232

Waar is de structurele extra € 100 miljoen voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg nu in concreto voor gebruikt, waaraan is het precies uitgegeven?

Antwoord 232:

Het structurele bedrag van € 100 miljoen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is toegevoegd aan de tarieven voor cliënten die in een verpleeghuis verblijven op basis van een zzp of vpt met indicatie V&V4 tot en met V&V10. De extra middelen van € 100 miljoen zijn berekend op de inzet van zo'n 1.500 fte extra zorgmedewerkers. Het is niet bekend hoeveel extra medewerkers er tot op heden precies zijn ingezet. In het landelijk inkoopkader voor 2017 en 2018, dat door de zorgkantoren wordt gevolgd, zijn hierover, zoals ik u eerder heb gemeld in mijn brief van 8 februari jl. (Kamerstuk 31 765, nr. 296), geen specifieke afspraken opgenomen. Een algemeen beeld over de inzet van de extra middelen van € 435 miljoen in 2018 is geschetst in een recente publicatie van ActiZ «Resultaten uit het verpleeghuis» van april 2018. Hierin staat dat vrijwel alle organisaties de extra middelen inzetten voor extra medewerkers en voor (bij)scholing of opleidingen. Daarnaast zien veel organisaties dat ook inzet van technologie hen kan helpen bij de invoering van het kwaliteitskader. Bijvoorbeeld arbeidsbesparende technologie die helpt om de werkdruk van zorgmedewerkers te verminderen.

Vraag 233

Zijn er experimenten gaande met regionale verzekeraars die binnen een bepaalde regio een leidende rol hebben? Zo ja, waar vinden deze experimenten plaats?

Antwoord 233:

De vraag verwijst naar de pagina's 182–184 van het Jaarverslag. Hier wordt ingegaan op de «financiering van de zorguitgaven in 2017» en de

«Ontvangsten, uitgaven en vermogens van de zorgfondsen». Op dat terrein zijn geen experimenten.

Indien de vraag betrekking heeft op experimenten in de regio waarbij afspraken gemaakt worden tussen verzekeraars en aanbieders (bijvoorbeeld met betrekking tot de bekostiging), dan kan ik melden dat de NZa een overzicht bijhoudt van lopende innovaties onder de beleidsregel «innovatie voor kleinschalige experimenten», dit is terug te vinden op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_12936_22/1/.

Verder lopen er op vele plekken pilots en innovaties tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders, hiervan is geen compleet overzicht.

Vraag 234

Is het zorgverzekeraars toegestaan om geld uit te lenen aan zorginstellingen?

Antwoord 234:

Nee, zorgverzekeraars mogen geen geld lenen aan zorginstellingen, ze zijn immers geen banken/kredietverstrekkers en beschikken niet over de vergunning om geld uit te lenen.

Vraag 235

Er wordt € 90 per verzekerde uitgegeven aan bedrijfskosten van zorgverzekeraars. Hoeveel is dit in totaal?

Antwoord 235:

Conform de publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2016, zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars, bedroegen de bedrijfskosten van zorgverzekeraars in 2016 totaal circa € 1,2 miljard, oftewel 3,2% van de zorgkosten.

Bedrijfskosten omvat de schadebehandelingskosten (kosten die verband houden met de afwikkeling of uitkering van zorgkosten), reclamekosten (zoals televisiespotjes, drukwerk, en sponsoring), overige acquisitiekosten (bijvoorbeeld klantenservice, drukwerk aan bestaande verzekerden, provisies voor intermediair en polisadministratie) en overige bedrijfskosten (kosten als beheers- en personeelskosten en afschrijvingen bedrijfsmiddelen).

Vraag 236

Hoe kan het dat de zorguitgaven van individuele zorgverzekeraars € 1,0 miljard lager uitvallen dan in de begroting 2017, terwijl verzekeraars de nominale premie € 0,7 miljard hoger hebben vastgesteld dan geraamd in de begroting?

Antwoord 236:

Bij het bepalen van hun premie voor 2017 hebben de verzekeraars volgens hun eigen opgave al rekening gehouden met € 0,3 miljard lagere uitgaven dan in de VWS begroting. Dat de premie toch hoger is vastgesteld dan door VWS geraamd hangt onder andere samen met een lagere inzet van reserves bij de premiestelling dan door VWS geraamd en met lagere beleggingsopbrengsten.

Uit de meest recente uitgavencijfers blijken de uitgaven van verzekeraars nog lager te zijn dan door verzekeraars en VWS ingeschat bij de premiestelling. Overigens is het hierbij van belang op te merken dat indien verzekeraars meevallers hebben zij dit of toevoegen aan hun reserves of teruggeven in de premie aan hun verzekerden. De solvabiliteitspositie is van 2015 op 2016 afgenomen van circa 160% naar circa 155%. Voor 2017 hebben we nog geen volledig beeld.

Vraag 237

Hoe hebben de beheerskosten van zorgverzekeraars zich ontwikkeld in de periode 2012–2017?

Antwoord 237:

Onderstaande tabel geeft de totale bedrijfskosten van zorgverzekeraars weer over de afgelopen vijf jaar, absoluut en als percentage van de zorgkosten. De cijfers over 2017 zijn nog niet beschikbaar.

jaar	bedrijfskosten in mln €	bedrijfskosten als % van de zorgkosten
2012	1.226	3,90%
2013	1.221	3,70%
2014	1.281	3,70%
2015	1.275	3,40%
2016	1.248	3,20%

Bron: NZa, Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2014. Vanaf 2014 transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering. Verzekerdenaantallen 2012 en 2013 Vektis, 2014 en verder obv transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering.

Vraag 238

Wat zijn de overheadkosten van zorgverzekeraars geweest over de afgelopen vijf jaar procentueel en absoluut gezien? Graag uitsplitsen per jaar en indien mogelijk per verzekeraar.

Antwoord 238:

Zie de beantwoording van vraag 237 voor de totale bedrijfskosten over de afgelopen vijf jaar, procentueel en absoluut.

Met de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering die zorgverzekeraars met ingang van de jaarcijfers over 2014 presenteren op hun website, zijn de bedrijfskosten per zorgverzekeraar op een eenduidige wijze beschikbaar gekomen.

Onderstaande tabel geeft de bedrijfskosten per zorgverzekeraar weer, absoluut en als percentage van de zorgkosten, voor de jaren 2014 tot en met 2016. De cijfers over 2017 zijn nog niet beschikbaar.

Bedrijfskosten 2014–2016 op concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

	2016		2015		2014	
		%		%		%
ASR	33.179	6,30%	28.765	5,70%	28.847	5,90%
CZ	213.393	2,60%	178.033	2,30%	174.339	2,50%
De Friesland	49.301	3,70%	48.258	3,90%	42.708	4,20%
DSW	32.123	3,10%	33.256	3,70%	25.981	3,50%
Eno	18.459	7,40%	23.719	7,70%	15.633	6,10%
Menzis	140.350	2,60%	143.481	2,90%	133.459	3,00%
ONVZ	40.724	4,70%	41.702	5,00%	33.999	4,50%
Stad Holland	7.289	4,30%	7.929	5,40%	7.187	5,00%
VGZ	298.391	3,20%	326.923	3,60%	326.833	3,80%
Zilveren Kruis	371.563	3,50%	418.294	4,00%	463.565	4,70%
Z&Z	37.483	3,70%	30.974	3,20%	29.323	3,40%
Totaal	1.242.255	3,20%	1.281.334	3,40%	1.281.874	3,70%

Vraag 239

Hoeveel budget hebben zorgverzekeraars per jaar uitgegeven aan reclamekosten over de afgelopen vijf jaar? Graag uitsplitsen per jaar en indien mogelijk per verzekeraar. Hoe verhouden deze kosten zich tot de marketing- en acquisitiekosten van verzekeraars?

Antwoord 239:

Met de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering die zorgverzekeraars met ingang van de jaarcijfers over 2014 presenteren op

hun website, zijn de reclamekosten per zorgverzekeraar op een eenduidige wijze beschikbaar gekomen. Dit komt neer op ongeveer € 2 per verzekerde.

In onderstaande tabel zijn de reclamekosten per zorgverzekeraar opgenomen, absoluut en als percentage van de totale bedrijfskosten. De cijfers over 2017 zijn nog niet beschikbaar.

Reclamekosten op concernniveau (x € 1.000, als percentage totale bedrijfskosten basisverzekering)

Concern	2016		2015		2014	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
ASR	150	0,50%	878	3,10%	90	0,30%
CZ	4.449	2,10%	6.589	3,70%	5.751	3,30%
De Friesland	2.555	5,20%	2.649	5,50%	2.517	5,90%
DSW	671	2,10%	465	1,40%	559	2,20%
Eno	767	4,20%	686	2,90%	1.031	6,60%
Menzis	3.900	2,50%	4.408	3,10%	4.835	3,40%
ONVZ	1.404	3,40%	977	2,30%	886	2,60%
Stad Holland	121	1,70%	19	0,20%	110	1,50%
VGZ	5.962	2,20%	4.581	1,50%	6.286	1,90%
Zilveren Kruis	13.598	3,70%	10.808	2,60%	10.808	2,60%
Z&Z	1.288	3,40%	1.277	4,10%	1.269	4,30%
Totaal	33.992	2,70%	35.469	2,80%	39.736	3,10%

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014–2016, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website

Vraag 240

Hoe groot zijn de reserves van zorgverzekeraars over de afgelopen vijf jaar en hoe verhoudt zich dit tot de vereiste solvabiliteit geldend onder Solvency II? Graag uitsplitsen per jaar en indien mogelijk per verzekeraar.

Antwoord 240:

Voor 2016 vindt u hieronder de cijfers over de aanwezige reserves/ solvabiliteit van de zorgverzekeraars, op basis van de transparantie overzichten van de zorgverzekeraars. Voor 2014 en 2015 worden alleen de ratio's weergegeven. Cijfers op basis van Solvency II zijn voor oudere jaren niet beschikbaar gezien Solvency II pas per 1 januari 2016 van kracht is. Met ingang van de jaarcijfers over 2014 presenteren zorgverzekeraars zelf wel al cijfers op basis van Solvency II basisverzekering op hun website. De cijfers over 2017 zijn nog niet beschikbaar.

Solvabiliteit basisverzekering ultimo 2016 (bedragen x € 1 miljoen) en ratio over 2015 en 2014, Solvency II

Concern	2016 aanwezig	2016 vereist	Vershil ¹	2016 ratio	2015 ratio	2014 ratio
ASR	131	91	40	144%	146%	151%
CZ	2.182	1.258	924	173%	169%	163%
De Friesland	328	212	116	155%	156%	156%
DSW	244	175	69	139%	152%	155%
Eno	70	44	27	160%	108%	114%
Menzis	1.100	898	203	123%	124%	129%
ONVZ ²	209	148	61	142%	166%	157%
Stad Holland	44	28	15	154%	188%	150%
VGZ ²				149%	155%	137%
Zilveren Kruis ³	2.852	1.697	1.155	168%	176%	162%
Z&Z	320	204	117	157%	188%	172%

¹ Afwijkingen in de verschillen zit in de afronding.

² Conform het transparantieoverzicht jaarcijfers 2014 en 2015 van VGZ en ONVZ betreffen de solvabiliteitsratio's van VGZ en ONVZ de basis- en aanvullende verzekering, en zijn de onderliggende cijfers niet beschikbaar. Voor 2016 geldt dit alleen voor VGZ.

³ Betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis. Zo ook van de gemengde entiteit OZF (basis- en aanvullende verzekering). Hierdoor, en gegeven de juridische structuur van Zilveren Kruis, liggen werkelijke solvabiliteitscijfers op concern-niveau lager dan hier gepresenteerd.

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014–2016, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 241

Hoeveel van hun reserves hebben zorgverzekeraars over de afgelopen vijf jaar aangewend ten behoeve van een premieverlaging, zowel absoluut als percentage van het niet-vereiste deel van de reserves ten behoeve van de solvabiliteit? Graag uitsplitsen per jaar en indien mogelijk per verzekeraar.

Antwoord 241:

Gezien het feit dat zorgverzekeraars voldoen aan de minimaal vereiste solvabiliteit was het de afgelopen jaren niet langer nodig de positieve resultaten geheel aan de reserves toe te voegen. Zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld het positieve resultaat over 2015 daarom voor een groot deel (84%) teruggegeven aan de premiebetaler via een lagere vaststelling van de premie, in plaats van deze geheel toe te voegen aan de reserves. Over 2016 hebben verzekeraars meer middelen ingezet om de premie voor 2017 te drukken dan als resultaat was behaald.

Bij het vaststellen van de premie zijn zorgverzekeraars de afgelopen jaren uitgegaan van een premie onder kostendekkend niveau. Op deze wijze hebben zorgverzekeraars de afgelopen vijf jaar circa € 6 miljard teruggegeven via de premie. De inzet van de reserves voor de premie 2018 is op basis van de transparantieoverzichten van de premieopbouw gepresenteerd door individuele zorgverzekeraars. Pas wanneer we een compleet beeld hebben van de jaarcijfers van zorgverzekeraars over 2017, is bekend wat zorgverzekeraars daadwerkelijk aan reserves hebben ingezet in de premie 2018.

De gevraagde uitsplitsing naar zorgverzekeraars is pas sinds de jaarcijfers 2014 met de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering beschikbaar gekomen. Onderstaande tabel geeft de inzet van reserves per zorgverzekeraar weer, absoluut en als percentage van het niet wettelijk vereiste deel van de reserves ultimo jaar, voor de jaren 2014 tot en met 2016. Over 2017 bestaat nog geen compleet beeld. Wellicht ten overvloede: bij een gegeven uitgavenniveau leidt de inzet van het resultaat slechts eenmalig tot een lagere premie, dus niet structureel.

Inzet van reserves 2014–2016 concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2016		2015		2014	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
ASR	27.077	40%	34.642	48%	24.833	37%
CZ	254.574	28%	414.973	31%	561.852	40%
De Friesland	67.733	37%	82.700	42%	44.900	28%
DSW	47.250	41%	54.750	38%	47.250	36%
Eno	0	0%	0	0%	4.922	43%
Menzis	166.925	45%	295.719	59%	207.696	45%
ONVZ	44.283	42%	53.800	29%	44.000	34%
Stad Holland	11.270	42%	10.840	28%	10.430	41%
VGZ	321.496	28%	420.984	32%	288.043	31%
Zilveren Kruis	326.119	22%	391.201	23%	289.800	22%
Z&Z	40.600	26%	48.923	25%	39.900	24%
Totaal	1.467.726	30%	1.955.411	35%	1.414.274	31%

In de tabel is uitgegaan van de reserves boven de 100%-vereiste. Om continu te kunnen voldoen aan de solvabiliteitseis houden zorgverzekeraars zelf een door hen veilig geachte marge aan boven de 100%. Dat is verstandig. Zo kunnen zorgverzekeraars namelijk tegenvallers in (geraamde) premieopbrengsten, zorgkosten of veranderingen in verzekerdenportefeuilles opvangen zonder dat zij premies direct moeten verhogen om weer aan de solvabiliteitseis te voldoen. Deze fluctuaties kunnen aanzienlijk zijn. DNB stuurt op het wettelijk kader, 100%, en stelt geen algemene voorschriften rondom de veiligheidsmarge.

Vraag 242

Vanwege de € 0,3 miljard hogere uitgaven en de € 0,4 miljard hogere inkomsten is het saldo van het Fonds langdurige zorg (Flz) even hoog uitgekomen als de raming (-0,3 miljard), dit saldo telt mee in het EMU-saldo? Wat betekent dit?

Antwoord 242:

Het EMU-saldo is het saldo tussen inkomsten en uitgaven van de totale overheid. Hierin telt het saldo van het Fonds langdurige zorg mee. Hogere Wlz-uitgaven leiden daardoor tot een slechter EMU-saldo. Vanwege de hogere inkomsten blijft de bijdrage aan het EMU-saldo gelijk aan het in de begroting geraamde niveau.

Vraag 243

Hoeveel geld komt er extra binnen wanneer de inkomensafhankelijke Wlz premie niet langer afgetopt wordt bij € 33.994 (schijf 2), maar ook doorloopt in de schijven 3 en 4?

Antwoord 243:

De grondslag voor de Wlz bedroeg in 2017 € 294 miljard. Zonder premiegrens zou dat € 386 miljard zijn. Indien het Wlz-percentage gelijk zou worden gehouden (op 9,65%) en de premiegrens zou zijn geschrapt, dan was er € 8,9 miljard meer premie geïnd.

Vraag 244

Hoeveel geld komt er extra binnen wanneer de inkomensafhankelijke bijdrage van de premie voor de zorgverzekeringswet niet langer afgetopt wordt bij € 54.614, maar ook volledig doorloopt in de schijven 3 en 4?

Antwoord 244:

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat de helft van de inkomsten via de inkomensafhankelijke bijdrage moet worden opgebracht. Louter het afschaffen van de premiegrens leidt dus niet tot hogere opbrengsten, maar tot een lager IAB-percentage (zie ook het antwoord op vraag 246). De inkomensafhankelijke bijdrage levert in 2018 naar huidige verwachting circa € 24 miljard op. Indien er geen premiegrens bij de IAB zou gelden, dan zou bij gelijkblijvende IAB-percentages de opbrengst circa € 26,5 miljard bedragen. Er zou dan dus circa € 2,5 miljard extra binnenkomen. Overigens geldt dat door het schrappen van de premiegrens afstand wordt genomen van de voordelen (voor werkgevers en de belastingdienst) van het gelijkstellen van de premiegrens IAB aan de premiegrens werknemersverzekeringen, waartoe is besloten in de Wet uniformering loonbegrip.

Vraag 245

Wat is het effect op de koopkracht van het invoeren van een inkomensafhankelijke bijdrage van de premie voor de zorgverzekeringswet die niet langer afgetopt wordt bij € 54.614, maar ook volledig doorloopt in de schijven 3 en 4?

Antwoord 245:

In het kader van de Zorgverzekeringswet wordt de helft van de inkomsten opgebracht via de inkomensafhankelijke bijdrage en de andere helft via de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage kinderen. De inkomensafhankelijke bijdrage wordt voor verzekerden met een werkgever opgebracht door die werkgever. Zelfstandigen en gepensioneerden dienen zelf hun inkomensafhankelijke bijdrage te voldoen.

Het louter schrappen van de premiegrens uit de inkomensafhankelijke bijdrage heeft daarom slechts zeer beperkte koopkrachteffecten. De

nominale premie en het eigen risico blijven onveranderd. Werkgevers met voornamelijk laagbetaald personeel hoeven minder inkomensafhankelijke bijdrage te voldoen en werkgevers met voornamelijk hoogbetaald personeel dienen meer te betalen. Voor bejaarden en zelfstandigen met een laag inkomen resulteert een koopkrachtvoordeel, voor gepensioneerden en zelfstandigen met een hoog inkomen een koopkrachtnadeel. Gepensioneerden met alleen AOW ondervinden geen effect (de AOW is netto-netto gekoppeld aan het nettominimumloon en dat verandert niet).

Vraag 246

Met welk percentage kan de inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekeringswet omlaag, wanneer de bijdrage niet langer afgetopt wordt bij € 54.614, maar ook volledig doorloopt in de schijven 3 en 4 hierbij er vanuit gaande dat de totale opbrengst van de inkomensafhankelijke bijdrage gelijk blijft?

Antwoord 246:

De inkomensafhankelijke bijdrage levert in 2018 naar huidige verwachting circa € 24 miljard op bij een normaal IAB-percentage van 6,9% en een verlaagd IAB-percentage van 5,65%. Indien er geen premiegrens bij de IAB zou gelden, dan zouden bij gelijkblijvende IAB-inkomsten de percentages kunnen dalen naar 6,25% en 5%.

Vraag 247

Hoe hebben de door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verwachte nominale premie en de door zorgverzekeraars gerealiseerde nominale premie zich sinds 2012 ontwikkeld?

Antwoord 247:

Op basis van meest recente gegevens toont onderstaande tabel de door VWS geraamde en de gemiddelde door verzekeraars vastgestelde premie.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Geraamd door VWS	€ 1.222	€ 1.273	€ 1.226	€ 1.211	€ 1.243	€ 1.241
Vastgesteld door verzekeraars	€ 1.226	€ 1.213	€ 1.098	€ 1.158	€ 1.201	€ 1.286

Vraag 248

Waarom was de raming van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de zorgpremie 2017 45 euro te laag?

Antwoord 248:

In de begroting van VWS was er van uitgegaan dat verzekeraars bij de premiestelling 2017 € 2 miljard aan reserves zouden afbouwen. De verzekeraars zagen bij de premiestelling ruimte om € 1,5 miljard in te zetten. Met name deze lagere reserveafbouw en lagere beleggingsopbrengsten leidden tot de hogere dan in de begroting geraamde premie.

Vraag 249

Welk percentage verzekerden heeft de afgelopen vijf jaar gebruik gemaakt van een hoger vrijwillig eigen risico?

Antwoord 249:

Uit cijfers van Vektis blijkt dat het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico zich de afgelopen vijf jaar als volgt heeft ontwikkeld:

Jaar	2014	2015	2016	2017	2018
Percentage	10,7	11,7	12,0	12,2	12,6

Vraag 250

Welk percentage premiebetalers maakt het eigen risico volledig vol, welk percentage doet dat tot het gemiddeld eigen risico en welk percentage gebruikt het eigen risico niet?

Antwoord 250:

De hoogte van het eigen risico kan in 6 klassen worden onderscheiden:

- 45% van de volwassenen maakt het verplicht eigen risico vol;
- 3% van de volwassenen heeft € 300 tot € 375 aan kosten;
- 5% van de volwassenen heeft € 200 tot € 300 aan kosten;
- 8% van de volwassenen heeft € 100 tot € 200 aan kosten;
- 20% van de volwassenen heeft maximaal € 100 aan kosten;
- 19% van de volwassenen heeft geen kosten binnen het verplicht eigen risico.

Deze cijfers betreffen het jaar 2015 en komen van verzekeraars. Het gemiddeld eigen risico in dat jaar bedroeg € 236.

Vraag 251

Hoe ontwikkelt het gemiddeld eigen risico zich in de periode 2006–2018?

Antwoord 251:

Hier volgt de meest actuele raming van het Ministerie van VWS van de ontwikkeling van het gemiddeld eigen risico in euro's:

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
151 ¹	154 ¹	108	112	120	126	148	215	231	236	236	234	234

¹ In 2006 en 2007 was er sprake van een no-claimkorting

Vraag 252

Hoeveel mensen hebben zorgtoeslag ontvangen in de periode 2010–2017? Kan dit overzicht worden uitgesplitst naar eenpersoonshuishoudens en meerpersoonshuishoudens?

Antwoord 252:

In onderstaande tabel staan de aantallen huishoudens en volwassenen met zorgtoeslag. De cijfers zijn afkomstig van de belastingdienst. Het betreft het aantal toegekende zorgtoeslagen. Voor de jaren tot en met 2012 zijn deze cijfers definitief, voor nieuwere jaren kan het aantal toekenningen nog wijzigen door definitieve vaststellingen en/of herzieningen. De aantallen betreffen de stand per 5 januari 2018.

(Aantallen x 1 miljoen)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Eenpersoonshuishoudens	3,4	3,7	3,6	3,7	3,6	3,5	3,5	3,6
Meerpersoonshuishoudens	1,8	1,8	1,8	1,4	1,1	0,8	0,8	0,8
Volwassenen	6,9	7,3	7,2	6,5	5,8	5,1	5,2	5,2

Vraag 253

Wat is het aandeel huishoudens, zowel eenpersoons- als meerpersoonshuishoudens, dat zorgtoeslag ontvangt?

Antwoord 253:

Circa 70% van de eenpersoonshuishoudens en circa 20% van de meerpersoonshuishoudens ontvangt zorgtoeslag. Het gaat hierbij om huishoudens in de definitie van de zorgtoeslag. Een huishouden van twee volwassenen en een thuiswonende student geldt daarbij als één meerpersoonshuishouden en één eenpersoonshuishouden, waarbij de thuiswonende student veelal recht heeft op zorgtoeslag.

Vraag 254

Hoeveel procent van de mensen die hun eigen risico volmaken hebben recht op een volledig, of gedeeltelijke, zorgtoeslag?

Antwoord 254:

Het percentage van de mensen die hun eigen risico volmaken en recht hebben op een volledige of gedeeltelijke zorgtoeslag is niet bekend.

Vraag 255

Wat betaalt de gemiddelde Nederlander zelf aan zorg in de vorm van het eigen risico en eigen bijdragen en hoe verhoudt zich dit tot de eigen bijdragen die mensen betalen in andere Europese landen? Kunt u een inzicht geven in de ontwikkeling van eigen betalingen in de afgelopen vijf jaar?

Antwoord 255:

In onderstaande tabel staan voor de jaren 2011 tot en met 2015 de «out-of-pocket payments» voor een aantal Europese landen uitgedrukt als percentage van de zorguitgaven. Bron van deze data is de Health Database van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO).

De definitie van «out-of-pocket payments» bij de OESO omvat het eigen risico (verplicht en vrijwillig), niet vergoede zorg (zoals paracetamol of fysiotherapie buiten het pakket) en de eigen bijdragen in de langdurige zorg. De aanvullende verzekering valt hier niet onder.

	2011	2012	2013	2014	2015
Nederland	9,9%	10,4%	11,7%	12,2%	12,3%
Duitsland	13,9%	13,9%	13,2%	12,7%	12,5%
Denemarken	14,5%	14,1%	13,8%	14,0%	13,7%
Zweden	15,0%	15,4%	15,5%	15,5%	15,2%
Ver. Koninkrijk	9,9%	10,6%	14,8%	14,7%	14,8%
Frankrijk	7,5%	7,3%	7,1%	6,9%	6,8%
België	18,3%	18,0%	18,1%	18,2%	17,6%
Oostenrijk	17,8%	17,8%	18,2%	18,1%	17,9%
Italië	22,0%	21,7%	21,8%	22,1%	22,8%
Spanje	21,1%	22,8%	23,9%	24,6%	24,2%

Vraag 256

Kan inzichtelijk worden gemaakt wat iemand in de volgende situaties in de periode 2012–2018 betaalt aan zorg: alleenstaande met een minimumloon, alleenstaande met 1 keer modaal, alleenstaande met 2 keer modaal, meerpersoonshuishouden met minimumloon, meerpersoonshuishouden met 1 keer modaal en meerpersoonshuishouden met 2 keer modaal?

Antwoord 256:

Onderstaande tabel laat voor de jaren 2012 tot en met 2018 zien wat een alleenstaande en meerpersoonshuishoudens (gekozen is voor paar met kinderen (een alleenverdiener)) aan zorg betaalt als percentage van het bruto inkomen. De cijfers zijn gegeven voor het minimumloon, het modale inkomen en een 2 x modaal inkomen. Aangesloten is bij de cijfers gemeld in het antwoord op vraag 851 bij de Kamervragen over de

begroting 2018 (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 14), waarbij een vrijwel vergelijkbare vraag is gesteld.

De zorgkosten zijn het totaal van:

- De inkomensafhankelijke bijdrage.
- De nominale premie Zvw en het gemiddeld eigen risico minus de zorgtoeslag.
- De AWBZ/Wlz premie onder aftrek van het aandeel heffingskortingen dat betrekking heeft op de AWBZ/Wlz.
- Een deel van de zorguitgaven wordt uit belastingen betaald (de rijksbijdragen Zvw en AWBZ, de BIKK, de zorgtoeslag, de WMO, de jeugdzorg en het begrotingsgefinancierde deel van het BKZ). Verondersteld is dat deze kosten worden gefinancierd uit directe (circa 60%) en indirecte belastingen (circa 40%).

Totale zorgkosten in euro's per jaar en als percentage van het bruto inkomen

Minimumloon	Alleenstaand		Paar met kinderen	
	zorgkosten	kosten als % inkomen	zorgkosten	kosten als % inkomen
2012	€ 4.047	22%	€ 4.164	22%
2013	€ 4.330	23%	€ 4.500	24%
2014	€ 3.940	20%	€ 4.216	22%
2015	€ 3.556	18%	€ 4.024	21%
2016	€ 3.325	17%	€ 3.757	19%
2017	€ 3.373	17%	€ 3.869	19%
2018	€ 3.454	17%	€ 4.015	20%
Modaal				
2012	€ 8.092	25%	€ 8.188	25%
2013	€ 8.458	26%	€ 8.915	27%
2014	€ 8.492	24%	€ 9.286	27%
2015	€ 7.605	21%	€ 8.846	25%
2016	€ 7.496	21%	€ 8.755	24%
2017	€ 7.659	21%	€ 9.048	24%
2018	€ 7.893	21%	€ 9.301	25%
2 x modaal				
2012	€ 10.711	16%	€ 11.632	18%
2013	€ 11.582	18%	€ 12.647	19%
2014	€ 11.675	17%	€ 12.643	18%
2015	€ 10.528	15%	€ 11.733	17%
2016	€ 10.842	15%	€ 12.065	17%
2017	€ 10.989	15%	€ 12.335	17%
2018	€ 11.325	15%	€ 12.778	17%

Vraag 257

Kan er ook aangegeven worden wat er aan zorg wordt betaald, door de minst betalende en de meest betalende volwassene, want hier wordt alleen het gemiddelde weergegeven (5.450 euro)?

Antwoord 257:

De minst betalende volwassene is een alleenstaande zonder inkomen die geen zorg gebruikt en een hoog vrijwillig eigen risico heeft. Deze persoon (bijvoorbeeld een student) betaalt de nominale premie (gemiddeld € 1.286), krijgt een premiekorting vanwege het vrijwillig eigen risico (in veel gevallen meer dan € 250) en ontvangt de maximale zorgtoeslag (€ 1.066). Dat betekent dat deze persoon per saldo € 30 verdient op zijn zorgverzekering. Deze persoon betaalt geen eigen betalingen, geen inkomstenbelasting, geen Wlz-premie en ook geen inkomensafhankelijke bijdrage Zvw via zijn werkgever. Deze persoon betaalt natuurlijk wel indirecte belastingen (BTW en accijns) als hij goederen koopt. De aanneme onder de gemiddelde betaling per volwassene is dat ieder huishouden circa 4% van zijn besteedbaar inkomen via indirecte belastingen bijdraagt aan de zorg. Hoeveel een persoon via indirecte belas-

tingen bijdraagt hangt af van zijn bestedingen (die hij moet dekken uit leningen of intering op zijn vermogen). De hoogst betalende is een persoon met intramurale Wlz-zorg en een hoog inkomen. Een gepensioneerde in een verpleeghuis met een inkomen van € 100.000 die het eigen risico volmaakt betaalt bijna € 40.000 voor zorg. Voor bijna € 28.000 betreft dit de inkomensafhankelijke eigen bijdrage Wlz. Aan Wlz-premie betaalt hij circa € 3.000, aan nominale premie, eigen risico, en inkomensafhankelijke bijdrage betaalt hij samen circa € 4.500 en aan (directe en indirecte) belasting nog eens circa € 4.000.

Vraag 258

Wat zijn de redenen voor de onderschrijding van de uitgaven aan ziekenvervoer en ambulancevervoer in het bijzonder? Is gebrek aan personeel, waardoor uitgaven lager uitvallen, een van de redenen?

Antwoord 258:

De gerapporteerde onderschrijding bij het ambulancevervoer lijkt vooral een technische verklaring te hebben. VWS stelt jaarlijks financiële middelen beschikbaar om het kader ambulancezorg te laten groeien. Bij de onderschrijdingen in de afgelopen jaren is het kader ambulancezorg in de VWS begroting echter niet structureel neerwaarts bijgesteld, een en ander met het oog op eventueel benodigde uitbreidingen van de capaciteit naar aanleiding van aankomende actualisaties van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Dit heeft ertoe geleid dat in het kader ambulancezorg 2017 in de VWS begroting relatief veel groei beschikbaar was. Hierbij kan opgemerkt worden dat hoewel er een onderschrijding is ten opzichte van het beschikbare kader 2017, de uitgaven aan ambulance zorg in 2017 zijn gestegen ten opzichte van 2016, van € 536,2 miljoen naar € 559,8 miljoen.

Vraag 259

Welk deel van de totale onderschrijding van het macrokader Geneeskundige ggz (€ 307,3 miljoen) wordt veroorzaakt door substitutie naar de praktijkondersteuner (POH)-ggz? Welk deel wordt veroorzaakt door een verschuiving naar de basis ggz? Welk deel wordt veroorzaakt door de achterblijvende intensivering van de ambulantisering? Welk deel wordt veroorzaakt door de scherpe inkoop van zorgverzekeraars?

Antwoord 259:

Deze gegevens zijn er niet. Het Ministerie van VWS raamt elk jaar de kosten van de curatieve ggz, jaarlijks zo'n € 4 miljard. Dit is het zogeheten macrokader dat door zorgverzekeraars gebruikt wordt om zorg in te kopen en staat op de begroting van VWS. Zorgverzekeraars mogen maximaal dit bedrag uitgeven aan curatieve ggz. Zorgverzekeraars bepalen vervolgens zelf hoeveel geld zij uitgeven aan de ggz. Zij moeten vanuit hun zorgplicht voldoende zorg inkopen voor hun verzekerden, zodat patiënten tijdig en in hun eigen regio terecht kunnen. Tevens is de rol van de zorgverzekeraar om te bevorderen dat er doelmatige zorg wordt geleverd. De uitgaven van zorgverzekeraars aan de ggz kunnen dus afwijken van het macrokader. Deze afwijking, en in dit geval onderuitputting, is niet één op één uit te splitsen naar verschillende oorzaken.

Vraag 260

Kunt u nader onderbouwen en specificeren waarom in 2017 een «onderschrijding» op de geneeskundige ggz wordt verwacht van 307 miljoen? En wat gaat dit betekenen voor de begroting van het lopende jaar en de komende jaren?

Antwoord 260:

Op basis van (voorlopige) gegevens van het Zorginstituut is in 2017 een onderschrijding te zien op het macrokader geneeskundige ggz van € 307 miljoen. Daar waar realisaties afwijken van de raming, wordt bezien of de raming en het toekomstige budgettaire kader (structureel) moet worden aangepast. Voor 2018 zijn met de sector afspraken gemaakt om de wachttijden in de ggz aan te pakken waarbij is afgesproken om de onderuitputting (€ 288 miljoen) te behouden om de gemaakte afspraken te realiseren. Dit budget blijft beschikbaar voor de sector en wordt niet bijgesteld naar aanleiding van de onderschrijding in 2017. Voor de jaren 2019 tot en met 2022 is VWS met partijen in gesprek over een eventueel hoofdlijnakkoord. Het toekomstige budgettaire kader is onderdeel van deze gesprekken.

Vraag 261

Op welke wijze heeft deze «onderschrijding» op de geneeskundige ggz bijgedragen aan wachttijden die blijven oplopen?

Antwoord 261:

Er is geen aantoonbare relatie tussen onderschrijding en de wachttijden. De wachttijdproblematiek is zeer complex, wordt veroorzaakt door een combinatie aan factoren en is niet simpel op te lossen met (extra) geld. Zie ook de brief van 10 april jl. die ik aan uw kamer heb gezonden (Kamerstuk 25 424, nr. 396).

Vraag 262

Welk effect hebben de forse kostenbesparingen door scherpere inkoop van hoortoestellen en verzorgingsmiddelen op de toegankelijkheid van deze hulpmiddelen voor ouderen?

Antwoord 262:

De aanspraak op adequate hulpmiddelen blijft onveranderd en de toegankelijkheid voor deze hulpmiddelen wordt niet aangetast. Naast enige prijsdruk betekent scherpere inkoop dat het gepast gebruik van hulpmiddelen wordt geïntensiveerd door een eenvoudig hulpmiddel in te zetten waar het kan en een ingewikkeld hulpmiddel waar dat nodig is.

Vraag 263

Wat betekenen de forse onderschrijdingen van € 263 miljoen op de geneesmiddelen voor het toekomstige beleid?

Antwoord 263:

Deze onderschrijding laat zien dat het beleid omtrent extramurale geneesmiddelen de afgelopen periode financieel succesvol is gebleken, al komt een fors deel (de Stichting Farmaceutische Kengetallen schat het op € 100 miljoen in 2017) van de onderschrijding door koersontwikkeling van de Britse pond (via de Wet geneesmiddelenprijzen, o.a. Verenigd Koninkrijk als referentieland, heeft die koers namelijk invloed op de geneesmiddelenprijzen in Nederland). Veel van dit beleid van de afgelopen jaren zet ik de komende periode dan ook voort en intensiveer ik waar nodig. Ik zal hier nader op ingaan in mijn brief over de maatregelen uit het Regeerakkoord die ik u binnenkort toestuur.

Vraag 264

Waarom wordt de onderschrijding op de geneesmiddelen niet ingezet voor een fonds voor weesgeneesmiddelen? Zijn de mogelijkheden hiervoor onderzocht?

Antwoord 264:

Voor weesgeneesmiddelen gelden de reguliere pakketprocedures en uitgangspunten. Dit betekent dat weesgeneesmiddelen onderdeel zijn van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) als zij voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en de andere pakketcriteria. Ik zie daarom geen noodzaak voor een fondconstructie voor vergoeding van deze middelen.

Daarnaast werk ik op dit moment een regeling uit voor (onder meer) potentieel veelbelovende weesgeneesmiddelen die door onvoldoende bewijs (nog) niet voldoen aan de pakketcriteria, maar al wel door het Europees Medicijn Agentschap (voorlopig) tot de markt zijn toegelaten. Met als doel dat deze middelen sneller beschikbaar komen voor de patiënt, en verder bewijs over de effectiviteit wordt verzameld. Ik heb u hier recent per brief over geïnformeerd (Kamerstuk 29 689, nr. 905). Ten slotte zijn er de nodige onderzoeksfondsen beschikbaar voor onderzoek aan weesgeneesmiddelen. Zo zijn er binnen de Nationale Wetenschapsagenda (NWA) gelden voor de ontwikkeling van *personalised medicine*, waarbinnen onderzoek aan zeldzame ziekten plaats kan vinden. Ook in Europa zijn er fondsen voor onderzoek aan zeldzame ziekten, onder meer via het E-rare programma (ERA-Net for Research Programmes on Rare Diseases).

Vraag 265

Kan een overzicht gegeven worden van de uitgaven aan geneesmiddelen sinds 2012 en het aandeel van weesgeneesmiddelen daarin?

Antwoord 265:

Op basis van de Monitor weesgeneesmiddelen 2017 (d.d. december 2017, waarin inzicht is gegeven in de uitgaven in de periode 2012–2015) komt het op:

Bedragen x € 1 miljoen	2012	2013	2014	2015	2016
Uitgaven wees	€ 173	€ 190	€ 204	€ 226	nnb
Uitgaven totaal	€ 4.440	€ 4.500	€ 4.620	€ 4.870	€ 5.070
Gedeelte wees	4%	4%	4%	5%	nnb

Vraag 266

Welke gevolgen heeft de onderbesteding in de wijkverpleging voor de kwaliteit van de wijkverpleging?

Antwoord 266:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 267

Kan per begrotingsjaar (2015, 2016 en 2017) en per bijstellingsmoment worden aangegeven wat de oorzaak is van de neerwaartse bijstelling in het budget voor de wijkverpleging?

Antwoord 267:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 268

Hoe verhouden de onderschrijdingen in de wijkverpleging zich tot de wachtlijsten voor casemanagement dementie en de afname in gebruik van casemanagement dementie, en worden de wachtlijsten en de afname van het gebruik veroorzaakt door de scherpere inkoop door zorgverzekeraars of door het gebrek aan focus op dementie?

Antwoord 268:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 269

Heeft de nieuwe overschrijding van € 101,9 miljoen op de wijkverpleging in 2017 bij jaarverslag 2017 dezelfde oorzaak als de eerdere overschrijding van € 87,8 miljoen bij eerste supplettoire begroting 2017, en als de eerdere overschrijdingen op diverse momenten in de uitvoering van de begrotingen over 2015 en 2016?

Antwoord 269:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 270

Welke gevolgen heeft de onderbesteding in de wijkverpleging voor de kwaliteit van de wijkverpleging?

Antwoord 270:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 271

Voor welke bedragen werken de overschrijdingen in de wijkverpleging naar verwachting incidenteel respectievelijk structureel door naar 2018 en latere jaren, en hoe verhouden deze eventuele overschrijdingen zich tot de thans geldende meerjarenramingen vanaf 2018 zoals gebaseerd op de Startnota en de VWS-begroting 2018?

Antwoord 271:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 272

Heeft de nieuwe overschrijding van € 101,9 miljoen op de wijkverpleging in 2017 bij jaarverslag 2017 dezelfde oorzaak als de eerdere overschrijding van € 87,8 miljoen bij eerste supplettoire begroting 2017, en als de eerdere overschrijdingen op diverse momenten in de uitvoering van de begrotingen over 2015 en 2016?

Antwoord 272:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 273

Welke gevolgen heeft de onderbesteding in de wijkverpleging voor de kwaliteit van de wijkverpleging?

Antwoord 273:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 274

Voor welke bedragen werken de overschrijdingen in de wijkverpleging naar verwachting incidenteel respectievelijk structureel door naar 2018 en latere jaren, en hoe verhouden deze eventuele overschrijdingen zich tot de thans geldende meerjarenramingen vanaf 2018 zoals gebaseerd op de Startnota en de VWS-begroting 2018?

Antwoord 274:

Zie het antwoord op vraag 18.

Vraag 275

Wat is de verklaring voor het naar boven bijstellen van de uitgaven aan ouderen- en gehandicaptenzorg binnen het WLZ kader?

Antwoord 275:

Er zijn in hoofdzaak twee verklaringen voor het naar boven bijstellen van de uitgaven aan ouderen- en gehandicaptenzorg binnen het Wlz-kader ten opzichte van de begroting.

- Ten eerste zijn de ramingen bij de 1e suppletore verhoogd in verband met de uitdeling van de loonprijsbijstelling 2017. Deze middelen waren bij de begroting nog gereserveerd op het subartikel nominaal en onvoorzien.
- Ten tweede blijkt uit de realisaties dat door ouderen en gehandicapten meer gebruik is gemaakt van gecontracteerde zorg in natura en minder van persoonsgebonden budgetten.
- Dit leidt in het jaarverslag tot verschuivingen die per saldo nagenoeg budgettair neutraal zijn (€ 80,6 miljoen hogere ouderenzorg, € 144,9 miljoen hogere gehandicaptenzorg versus € 238,6 miljoen lagere pgb-uitgaven).
- Ten opzichte van de totale Wlz-uitgaven in 2017 aan intramurale ouderenzorg, gehandicaptenzorg en persoonsgebonden budgetten (samen circa € 17,5 miljard) zijn dit beperkte verschuivingen (ruim 1 procent) die de voorkeuren van cliënten weerspiegelen voor de vorm waarin zij hun zorg in de Wlz willen ontvangen.

Vraag 276

Indien er inderdaad «sprake van een verschuiving tussen de leveringsvormen zorg in natura en persoonsgebonden budget», waarom is er dan een groot verschil tussen de onderschrijving bij het pgb en de onderschrijving bij zorg in natura?

Antwoord 276:

Bij het jaarverslag is sprake van een verschuiving tussen zorg in natura en het persoonsgebonden budget. Per saldo zijn de uitgaven bij het jaarverslag € 9 miljoen hoger dan verwacht bij de 2^e suppletore wet 2017. Ten opzichte van de totale netto Wlz-uitgaven van ruim € 18 miljard in 2017 is dit een beperkt verschil (kleiner dan 0,05%). Bijgaande tabel geeft hiervan het overzicht.

Tabel: Bijstellingen jaarverslag 2017 Wlz zorg in natura en pgb

1	zorg in natura:		247,9
	wv ouderenzorg	80,6	
	wv gehandicaptenzorg	144,9	
	wv langdurige ggz	- 37,3	
	wv volledig pakket thuis	51,2	
	wv extramurale zorg	- 24,8	
	wv overig binnen CR	33,3	
2	pgb:		- 238,6
3	totaal zorg in natura en pgb		9,3

Vraag 277

Hoeveel mensen gebruiken het Volledig pakket thuis (VPT) in 2017 en hoe is dit gegroeid t.o.v. de jaren 2016 en 2015?

Antwoord 277:

In 2017 maakten gemiddeld genomen 9.600 personen gebruik van een VPT. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2017 betroffen deze afspraken 3,5 miljoen dagen. In 2016 maakten gemiddeld genomen 8.600 personen gebruik van een VPT (3,1 miljoen dagen) en in 2015 7.500 personen (2,7 miljoen dagen). Dit betekent dat de toename in 2017 circa 12% bedroeg ten opzichte van het voorgaande jaar; in 2016 was de toename circa 15%. (bron: CBS Monitor Langdurige Zorg; NZa)

Vraag 278

Op hoeveel toekenningen van de leveringsvorm pgb in de Wlz was gerekend in de raming voor 2017? Op basis waarvan werd een groei verwacht t.o.v. van 2016?

Antwoord 278:

Op basis van de sterke groei van het pgb van € 1.236 miljoen in 2015 naar € 1.568 miljoen in 2016 werd in de begroting voor 2017 rekening gehouden met een verdere groei tot € 1.745 miljoen. Ten opzichte van 2016 was dat een stijging van de toekenningen pgb in de Wlz met € 177 miljoen.