

Vergaderjaar 2017–2018

34 775 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2018

Nr. 14

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 24 oktober 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van dit voorstel van wet, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen met de daarop gegeven antwoorden.

De vragen zijn op 5 oktober 2017 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 23 oktober 2017 zijn ze door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

Vraag 1

Op welke manier wordt het Nederlandse lid van het Internationaal Olympisch Comité (IOC) voorgedragen? Heeft de Nederlandse overheid daarin een rol gespeeld?

Antwoord:

Het Internationaal Olympisch Comité (IOC) is zelf verantwoordelijk voor de keuze en benoeming van nieuwe leden. Nederland heeft geen recht op een zetel in het IOC. NOC*NSF kan wel een kandidaat voordragen, net als IOC-leden, internationale federaties, internationale en continentale koepelorganisaties van NOC's en overige door het IOC erkende organisaties. De Nederlandse overheid speelt geen rol in de voordracht van een kandidaat.

Vraag 2

Krijgt het Nederlandse lid van het IOC voor zijn advieswerk voor de Nederlandse Sportraad een vergoeding? Zo ja, hoe hoog is die vergoeding? En krijgt het Nederlandse lid direct of indirect een vergoeding van de rijksoverheid voor zijn werk als lid van het IOC?

Antwoord:

Conform het Vergoedingsbesluit Nederlandse Sportraad (kenmerk 1103293–161674-S) ontvangt een adviseur van de Sportraad een vacatievergoeding per bijgewoonde vergadering. Deze bedraagt 3% van het maximum van salarisschaal 18 van bijlage B van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren 1984. De Nederlandse overheid draagt niet bij aan de vergoeding voor het werk als IOC-lid.

Vraag 3

Hoeveel middelen voor sport en bewegen zijn er in totaal niet juridisch verplicht?

Antwoord:

In totaal is op de Sportbegroting een bedrag van € 4,75 miljoen als niet juridisch verplicht aangemerkt. De verdeling hiervan over de verschillende terreinen ligt als volgt: circa € 4,1 miljoen Sport en bewegen, € 0,4 miljoen Gehandicaptensport en € 0,2 miljoen Kennis en Innovatie. De niet juridisch verplichte uitgaven zijn overigens niet te beschouwen als middelen die zonder meer vrijelijk beschikbaar zijn voor alternatieve aanwending. In veel gevallen liggen er wel degelijk politieke en bestuurlijke afspraken aan ten grondslag.

Vraag 4

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

Antwoord:

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. Ik heb dit onderzoek, met mijn reactie daarop, op 28 oktober 2015 (TK 29 689, nr. 664) aan de Kamer aangeboden.

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 procent 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).

Vraag 5

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:

In de OECD-database (Health at a Glance Europe, 2016), die internationale zorgdata bevat, zijn gegevens beschikbaar voor heup- en knie vervanging en cataractoperaties voor Nederland en het Verenigd Koninkrijk en enkele andere landen (niet zijnde Zweden, België en Duitsland). De beschikbare data over 2010 en 2014 (Verenigd Koninkrijk) of 2015 (Nederland) en hieronder weergegeven.

Gemiddelde wachttijden heupvervangning (in dagen)

	2010	2015 of 2014	
Nederland	53,3	40,0	2015
Verenigd Koninkrijk	89,0	91,0	2014

Gemiddelde wachttijden knie vervanging (in dagen)

	2010	2015 of 2014	
Nederland	53,3	40,7	2015
Verenigd Koninkrijk	94,4	95,6	2014

Gemiddelde wachttijden cataractoperaties (in dagen)

	2010	2015 of 2014	
Nederland	35,0	39,1	2015
Verenigd Koninkrijk	65,1	72,8	2014

Vraag 6

Het rapport Pakketbeheer weesgeneesmiddelen van oktober 2015 door Zorginstituut Nederland geeft aan jaarlijks een Monitor Weesgeneesmiddelen uit te geven. Tot op heden is dit nog niet verschenen, wanneer wordt dit rapport verwacht?

Antwoord:

De officiële publicatie van de Monitor Weesgeneesmiddelen door Zorginstituut Nederland wordt uiterlijk in het eerste kwartaal van 2018 verwacht.

Vraag 7

Op welke wijze wordt er al dan niet rekening gehouden met het bestaan van een gerichte biomarker tijdens onderhandelingen omtrent de toelating van een nieuw geneesmiddel tot het verzekerde pakket?

Antwoord:

Bij de beantwoording van deze vraag neem ik aan dat met een gerichte biomarker wordt bedoeld een voorspellende diagnostische test waarmee voorafgaand aan het starten van een behandeling met een geneesmiddel kan worden vastgesteld of bij de betreffende individuele patiënt een effect verwacht kan worden.

Het Zorginstituut houdt in de pakketbeoordeling van nieuwe geneesmiddelen rekening met biomarkers voor zover die worden gebruikt voor de beslissing al dan niet te starten met de behandeling bij een individuele patiënt, zowel bij het vaststellen of sprake is van de stand van wetenschap en praktijk, als in de budgetimpact (BIA) en farmaco-economische analyse.

Een dergelijke test kan het gepast gebruik van een nieuw geneesmiddel, in de patiëntenpopulatie waar het geneesmiddel voor is geregistreerd, bevorderen en daarmee mogelijk de kosteneffectiviteit van de behandeling vergroten en/of de totale uitgaven aan het geneesmiddel verlagen. Indien een dergelijke test beschikbaar is op het moment van toelating van een nieuw geneesmiddel dan zal hier in de onderhandeling ook zeker rekening mee worden gehouden in de zin dat de gevraagde prijs eerder aanvaardbaar kan zijn dan wel een relatief lagere prijskorting noodzakelijk kan worden geacht.

Vraag 8

Kan de prijsdruk ertoe leiden dat geneesmiddelen in de toekomst niet beschikbaar zijn als geregistreerd geneesmiddel noch als apothekbereiding?

Antwoord:

Ja, een fabrikant maakt zelf de beslissing om een geneesmiddel in Nederland te registreren. Indien een fabrikant inschat dat bij bepaalde geneesmiddelen niet genoeg omzet kan worden behaald, kan hij besluiten om deze geneesmiddelen niet ter beschikking te stellen aan patiënten in Nederland. Dit gebeurt nu ook al.

Apothekers mogen geneesmiddelen bereiden voor patiënten van hun eigen apotheek, de magistrale bereiding. Dit gebeurt echter maar voor een beperkte groep patiënten en geneesmiddelen; niet alle geneesmiddelen zijn door de apotheker te maken als magistrale bereiding en niet alle apotheken beschikken over een bereidingsfaciliteit. Als een geregistreerd geneesmiddel van de markt is, kan het ook zijn dat doorleverende bereidingsapotheken de bereiding van dit geneesmiddel op zich nemen.

Vraag 9

Op welke manier is geborgd dat op het gebied van e-health en het versterken van de inzet van ICT verschillende medische sectoren van elkaar leren? Op welke wijze worden goede ervaringen uitgewisseld?

Antwoord:

Kennis en ervaring rondom e-health worden op diverse manieren gedeeld. Het programma Zorg voor Innoveren, een gezamenlijk initiatief van VWS, NZa, Zorginstituut en ZonMw geeft informatie zowel via bijeenkomsten als een daarvoor ingerichte website. Het start-up netwerk dat VWS organiseert richt zich op het versnellen en opschalen van de e-health van start-ups en MKB bedrijven in de zorg. Daarnaast zorgt het start-up netwerk voor kennisuitwisseling rondom eventuele problemen waar de partijen tegenaan lopen. Het programma Medmij richt zich op ervaring met en kennisuitwisseling rondom persoonlijke gezondheidsomgevingen waarmee diverse sectoren en zorgaanbieders werken. Het landelijk netwerk zorginnovatie wordt door VWS ondersteund, door de diverse regio's bij elkaar te laten komen om kennis te delen. Het maande-

lijkse «dwarsdenknetwerk» organiseert VWS om ervaringen en belemmeringen van innovatieve zorgaanbieders in kaart te brengen, en gezamenlijk te zoeken naar oplossingen. Vanuit het VIPP-programma wordt er door de NVZ gewerkt aan kennisuitwisseling, onder andere met een groep van koplopers. Door het nieuwe programma «actie-onderzoek Innovatie» van ZonMw gaan een aantal zorginstellingen vanaf 2018 kennis met elkaar delen rondom het verbeteren en vernieuwen van zorg. Niet alleen goede ervaringen worden uitgewisseld. Ook van «briljante mislukkingen»¹ kan veel worden geleerd.

Vraag 10

Kunt u aangeven hoeveel geld er jaarlijks gaat naar de behandeling van HIV-patiënten?

Antwoord:

Hierover zijn geen recente gegevens beschikbaar. Op basis van gegevens van het RIVM bedroegen de kosten van zorg voor hiv en aids in 2011 € 164 miljoen. Hiervan ging € 134 miljoen (82%) naar genees- en hulpmiddelen en € 15 miljoen (9%) naar ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg. Bron: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/soa/kosten/kosten#node-kosten-van-zorg-voor-hiv-en-aids>

Vraag 11

Hoeveel meldingen ontvangt de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) jaarlijks met betrekking tot ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuiszorg en jeugdzorg?

Antwoord:

Het aantal meldingen is terug te vinden in de onderstaande tabel, uitgesplitst naar de gevraagde categorieën. Nadere informatie hierover is te raadplegen in het Jaarbeeld 2016 IGZ en het Jaarbeeld 2016 landelijk toezicht Jeugd, welke in de eerste helft van 2017 zijn gepubliceerd. In de eerste helft van 2018 wordt het jaarbeeld Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting gepubliceerd met daarin de totaalcijfers van 2017. Voor een verdere toelichting en duiding van de cijfers die hieronder worden verstrekt, verwijs ik u naar de eerdergenoemde documenten die op de websites van de IGZ en de IJZ staan gepubliceerd.

Categorie	2014	2015	2016
Gehandicaptenzorg en forensische zorg (bron: Jaarbeeld 2016 IGZ)	770	740	940
Geestelijke gezondheidszorg (bron: Jaarbeeld 2016 IGZ)	900	610	580
Verpleging & verzorging (bron: Jaarbeeld 2016 IGZ)	1.080	1.060	1.160
Medisch-specialistische zorg (bron: Jaarbeeld 2016 IGZ)	1.460	1.570	2.100
Jeugdzorg (bron: jaarbeeld 2016 landelijk toezicht jeugd)	127	210	234

Vraag 12

Hoeveel verzorgingshuizen zijn er tot op heden gesloten?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van verzorgingshuizen die zijn gesloten. Landelijk worden de indicaties geregistreerd (CIZ) en de gerealiseerde productie en productieafspraken (NZa).

¹ Het instituut voor briljante mislukkingen (www.briljantemislukkingen.nl) verzamelt leerzame voorbeelden.

In verzorgingshuizen worden steeds zwaardere cliënten geholpen. Het aantal cliënten met een licht ZZP (ZZP VV 1 t/m 3) neemt af, terwijl het aantal plekken dat bezet is met mensen met een hoog ZZP kan groeien met een tempo dat gelijke tred houdt met demografische factoren. In reactie op bovenstaande langjarige trend kunnen verzorgingshuizen die een afnemende vraag van cliënten met een licht ZZP waarnemen, zich richten op de zwaardere cliëntenpopulatie of op basis van scheiden van wonen en zorg zich richten op cliënten uit de Wmo/Zvw. Naar de mate waarin dit lukt, behoeven verzorgingshuizen niet te sluiten. Verder geldt dat sluiting van verzorgingshuizen door renovatie of nieuwbouw van alle tijden is en niet enkel met extramuralisering samenhangt.

Vraag 13

Wat kosten de persoonsgebonden budgetten (pgb) jaarlijks? Hoeveel bedragen de uitgaven voor pgb in de jaren 2015, 2016 en 2017 uitgesplitst per domein?

Antwoord:

Wlz

In 2015 bedroegen de pgb-uitgaven € 1.274 miljoen. In 2016 zijn de uitgaven uitgekomen op € 1.568 miljoen. Voor 2017 bedragen de verwachte uitgaven voor het pgb € 1.998 miljoen (zie tabel 19 van het Financieel Beeld Zorg in de begroting 2018).

Zvw

De uitgaven bedroegen in 2015 € 297,6 miljoen. In 2016 werd ruim € 307 miljoen aan pgb uitgekeerd. In de Zvw wordt binnen het budgettaire kader voor de wijkverpleegkundige zorg vooraf geen afzonderlijk kader voor het pgb vastgesteld. Na afloop van 2017 zal derhalve pas bekend zijn wat is uitgegeven aan het pgb in dat jaar.

Jeugdwet en Wmo

SVB-gegevens laten zien dat er eind 2015 respectievelijk € 406 miljoen en € 864 miljoen aan het pgb door de gemeenten is toegekend in het kader van de Jeugdwet en de Wmo. Voor 2016 gaat de SVB uit van € 591 miljoen voor de Wmo en € 286 miljoen voor de Jeugdwet. Voorts geldt ook voor de Wmo en de Jeugdwet dat vooraf geen afzonderlijk budgettair kader wordt vastgesteld voor het pgb en er dus voor 2017 nog geen gegevens beschikbaar zijn.

Vraag 14

Hoeveel volwassenen en ouderen zijn eenzaam? Hoeveel wordt er besteed aan het bestrijden van eenzaamheid? Hoeveel geld trekt de regering uit voor de bestrijding van eenzaamheid?

Antwoord:

In 2016 gaf 43% van de volwassen bevolking (19 jaar en ouder) aan wel eens eenzaam te zijn. 10% Voelt zich ernstig of zeer ernstig eenzaam. De eenzaamheidscijfers verschillen per leeftijdsgroep. Van de groep 75–84 jaar voelt 10,4% zich ernstig of zeer ernstig eenzaam. Dit is even hoog als de leeftijdscategorie 35–49 jaar, maar lager dan de leeftijdscategorie 50–64 jaar (10,9% ernstig of zeer ernstig eenzaam). De groep 85+ers is het meest eenzaam: hiervan voelt 14,8% zich ernstig of zeer ernstig eenzaam. Gemeenten zijn via de Wmo verantwoordelijk voor de aanpak van eenzaamheid. Er wordt niet bijgehouden hoeveel ze specifiek uitgeven om eenzaamheid te bestrijden. Dit is ook lastig, omdat gemeenten eenzaamheid mede kunnen aanpakken via verschillend gemeentelijk beleid zoals het mantelzorgondersteuning, het stimuleren van vrijwilli-

gerswerk of de inzet van de sociale wijkteams. Specifiek op eenzaamheid, subsidieert het Rijk de Coalitie Erbij met € 500.000 in 2017 en 2018.

Vraag 15

Kunt u een overzicht sturen met de jaarlijkse uitgaven aan zorg vanaf 2000 t/m 2017 in zijn totaal en uitgesplitst per wet?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is de jaarlijkse totale netto BKZ-uitgaven uitgesplitst per wet vanaf 2000 t/m 2017 opgenomen.

Netto BKZ-uitgaven en -ontvangsten 2000-2017 per wet (bedragen x € 1 miljard)

	2000	2001	2002	2003 ¹	2004	2005	2006	2007 ²	2008
Zorgverzekeringswet (Zvw)	17,4	19,2	21,5	23,0	23,2	22,3	23,2	24,0	30,2
Wet langdurige zorg (Wlz)	12,9	14,7	16,8	18,3	19,4	20,4	21,2	21,2	20,2
Wmo (Gemeentefonds)	-	-	-	-	-	-	-	1,4	1,5
Jeugdwet (Gemeentefonds)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Overig begrotingsgefinancierd (VWS-begroting)	1,7	2,0	2,4	-	-	-	-	0,6	0,7
Netto-BKZ-uitgaven	32,0	35,8	40,7	41,3	42,7	42,7	44,5	47,3	52,6
	2009	2010 ³	2011	2012	2013	2014	2015 ⁴	2016	2017
Zorgverzekeringswet (Zvw)	32,4	34,0	34,5	34,7	36,5	36,1	38,8	40,8	43,0
Wet langdurige zorg (Wlz)	21,6	22,7	23,6	26,2	25,5	25,8	17,8	17,9	18,6
Wmo (Gemeentefonds)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	4,9	4,9	4,9
Jeugdwet (Gemeentefonds)	-	-	-	-	-	-	2,0	1,9	1,9
Overig begrotingsgefinancierd (VWS-begroting)	0,8	1,3	1,8	1,9	0,6	0,6	0,5	0,4	0,5
Netto-BKZ-uitgaven	56,3	59,4	61,3	64,3	64,2	64,2	64,1	66,1	68,8

¹ De overheidssectoren zijn vanaf 2003 t/m 2006 leeg geboekt omdat deze niet meer BKZ relevant waren.

² De integratie-uitkering Wmo huishoudelijke hulp is in 2007 ingevoerd.

³ Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het BKZ is toegerekend.

⁴ Ingaande 2015 is de Wet langdurige zorg in werking getreden.

Vraag 16

Hoeveel is er sinds het aantreden van kabinet Rutte I en Kabinet Rutte II bezuinigd op zorg? Kunt u hiervan een overzicht sturen per bezuinigingsmaatregel en uitgesplitst in aparte tabellen voor Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet?

Antwoord:

Kijkend naar het BKZ is er niet bezuinigd op zorg, het BKZ is in het Kabinet Rutte I en II gegroeid van € 59,4 naar € 68,8 miljard.

Onderstaand overzicht geeft het totaal aan beleidsmatige mutaties (maatregelen, ramingsbijstellingen en intensiveringen) in het Budgettaire Kader Zorg dat sinds het aantreden van het Kabinet Rutte I (Startnota Rutte I) is getroffen. Deze zijn uitgesplitst naar de verschillende domeinen (Zvw, Wlz, Wmo en Jeugd). De budgettaire reeksen zijn in beeld gebracht tot en met het jaar 2018. Het overzicht bevat alleen de beleidsmatige mutaties en dus niet de autonome groei.

De overhevelingen tussen de verschillende domeinen per 1 januari 2015 die samenhangen met de hervorming langdurige zorg zijn aangemerkt als technische mutaties en zijn daarom niet opgenomen in dit overzicht. Het gaat hierbij om de overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet. Ten slotte hebben alle hieronder gepresenteerde maatregelen, ramingsbijstellingen en intensiveringen betrekking op het Budgettaire Kader Zorg. Deze zijn eerder aan de Kamer gepresenteerd in de verschillende VWS-begrotingen. Voor de volledigheid vindt u hieronder een overzicht van de betreffende Kamerstukken en bijbehorende paginanummers.

- Startnota (Kamerstuk 32 500 XVI, nr. 29)
- OW 2012 (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 2), pagina 178 en 179
- OW 2013 (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 2), pagina 152, 161, 165 en 166
- OW 2014 (Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 2), pagina 171, 183, 188 en 190
- OW 2015 (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 2), pagina 156, 157, 167, 168, 173 en 176
- OW 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 2), pagina 146, 153, 156 en 159
- OW 2017 (Kamerstuk 34 500 XVI, nr. 2), pagina 151, 154, 163 en 168
- OW 2018 (Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 2), pagina 168, 169, 177, 178, 179 en 187

Overzicht maatregelen en intensiveringen sinds Rutte I (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maatregelen									
Zvw	-242,0	-312,0	-362,0	-1.782,0	-1.902,0	-1.902,0	-1.902,0	-1.902,0	-1.902,0
Maatregelen marktwerking curatieve zorg	0,0	0,0	-40,0	-90,0	-130,0	-170,0	-170,0	-170,0	-170,0
Verlagen aantal vergoedezittingen eerstelijns psycholoog	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
Doelmatigheidsmaatregelen GGZ	0,0	0,0	0,0	0,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0
Driedrempelvariant eigen bijdrage GGZ	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0
GGZ sector verschuiving	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Stimuleren zelfmanagement cliënt (E-health) en versterking eerstelijns GGZ	0,0	0,0	0,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0
Zelf betalen no-show GGZ	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0
Korting geneesmiddelenkader cf Regeerakkoord	-32,0	-32,0	-32,0	-32,0	-32,0	-32,0	-32,0	-32,0	-32,0
Pakketaanpassing fysiotherapie	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0
Afschaffen werelddekking (buiten de EU)	-30,0	-60,0	-60,0	-60,0	-60,0	-60,0	-60,0	-60,0	-60,0
Toetsen of uitgaven van verzekeraars conform het verzekerde basispakket zijn	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0
Vooraf besluitvorming toelating tot het collectief verzekerde basispakket IVF uit het basispakket	-30,0	-40,0	-50,0	-70,0	-70,0	-70,0	-70,0	-70,0	-70,0
Verbeteren governance en het beperken van gouden handdrukken. Verzekerde prestaties gericht op behandeling van een lage ziektelast uit het basispakket	0,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0
	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0
	0,0	0,0	0,0	-1.300,0	-1.300,0	-1.300,0	-1.300,0	-1.300,0	-1.300,0
AWBZ	-20,0	-80,0	-260,0	-834,0	-959,0	-959,0	-959,0	-959,0	-959,0
Revalidatiezorg	0,0	0,0	0,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0
Overheveling dagbesteding en begeleiding naar Wmo	0,0	-20,0	-140,0	-140,0	-140,0	-140,0	-140,0	-140,0	-140,0
scheiden wonen en zorg	0,0	0,0	0,0	-100,0	-140,0	-140,0	-140,0	-140,0	-140,0
beperken doelgroep AWBZ (IQ-maatregel)	-20,0	-60,0	-120,0	-210,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0
Overhevelen zorg voor jeugd naar gemeenten	0,0	0,0	0,0	-54,0	-99,0	-99,0	-99,0	-99,0	-99,0
compensatie eigen bijdrage?	0,0	0,0	0,0	-32,9	-32,9	-32,9	-32,9	-32,9	-32,9
opbrengst eigen risico	0,0	0,0	0,0	-247,1	-247,1	-247,1	-247,1	-247,1	-247,1
Overig begrotingsgefinancierd	-10,3	-4,2	-6,6	-11,6	-11,6	-11,6	-11,6	-11,6	-11,6
loon- en prijsbijstelling	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
Overig	-0,3	5,8	3,4	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6
Intensiveringen									
Zvw	46,7	192,8	131,0	233,9	280,0	280,0	280,0	280,0	280,0
Naar aanvullende verzekeringen overhevelen van aandoeningen met lage ziektelast (doorwerking op compensatie eigen risico)	0,0	0,0	0,0	32,9	32,9	32,9	32,9	32,9	32,9
Naar aanvullende verzekeringen overhevelen van aandoeningen met lage ziektelast (doorwerking op eigen risico)	0,0	0,0	0,0	247,1	247,1	247,1	247,1	247,1	247,1
Overig	46,7	192,8	131,0	-46,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AWBZ/Wlz	810,7	913,4	870,2	741,3	778,0	778,0	778,0	778,0	778,0
Tariefsverhoging intramurale zorg (GHZ, V&V, GGZ)	142,0	142,0	142,0	142,0	142,0	142,0	142,0	142,0	142,0
ZZP	636,0	636,0	636,0	636,0	636,0	636,0	636,0	636,0	636,0
Overig	32,7	135,4	92,2	-36,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overig begrotingsgefinancierd	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
nog in te vullen maatregelen	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2012 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maatregelen									
Zvw	-1.261,2	-1.257,2	-1.239,2	-1.239,2	-1.239,2	-1.239,2	-1.239,2	-1.239,2	-1.239,2
Tariefmaatregel huisartsen	-132,0	-132,0	-132,0	-132,0	-132,0	-132,0	-132,0	-132,0	-132,0
Hoofdlijnenakkoord instellingen voor medisch specialistische zorg	-265,0	-265,0	-265,0	-265,0	-265,0	-265,0	-265,0	-265,0	-265,0
Korting academische component	-10,0	-20,0	-30,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0
Afzien van pakketopname beweegkuur	-69,0	-30,0	-19,0	-9,0	-9,0	-9,0	-9,0	-9,0	-9,0
Pakketuitname dieetadviesing	-42,0	-42,0	-42,0	-42,0	-42,0	-42,0	-42,0	-42,0	-42,0
Pakketuitname maagzuurremmers	-75,0	-75,0	-58,0	-58,0	-58,0	-58,0	-58,0	-58,0	-58,0
Pakketuitname stoppen met roken	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0
Tariefkorting logopedie	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0
Maatregel fysiotherapie	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0
Tariefmaatregel verloskunde	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0	-4,0
Kosten oneigenlijk gebruik SEH verhalen op patiënt	0,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
Maatregel farmaceutische hulp	-42,0	-57,0	-57,0	-57,0	-57,0	-57,0	-57,0	-57,0	-57,0
Maatregelen ggz	-393,0	-393,0	-393,0	-393,0	-393,0	-393,0	-393,0	-393,0	-393,0
Rechtmatigheid Zvw	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0
Eigen bijdrage Zvw	-146,2	-146,2	-146,2	-146,2	-146,2	-146,2	-146,2	-146,2	-146,2
AWBZ	-139,0	-310,0	-863,0	-939,0	-939,0	-939,0	-939,0	-939,0	-939,0
Maatregel persoonsgebonden budgetten	-119,0	-290,0	-843,0	-919,0	-919,0	-919,0	-919,0	-919,0	-919,0
Inzet taakstellende intensiveringsmiddelen	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0
Overig begrotingsgefinancierd	0,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0
Inkomensafhankelijke Wtgc	0,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0
Intensiveringen									
Zvw	351,6	334,2	357,6	381,0	381,0	381,0	381,0	381,0	381,0
Verlaging eerdere korting ziekenhuizen	235,2	235,2	235,2	235,2	235,2	235,2	235,2	235,2	235,2
Verlaging eerdere tariefkorting medisch specialisten	42,4	42,4	42,4	42,4	42,4	42,4	42,4	42,4	42,4
Invoering darmkankerscreening	0,0	16,6	40,0	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4	61,4
Hulpmiddelen	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Ramingbijstelling eigen risico Zvw	54,0	20,0	20,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0	22,0
AWBZ/Wlz	134,0	151,0	129,5	115,0	115,0	115,0	115,0	115,0	115,0
Ramingsbijstelling kapitaallasten	34,0	52,0	30,5	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
Niet doorgaan maatregel minimale eigen betalingen AWBZ	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0
Besparingsverlies beperken doelgroep AWBZ (IQ-maatregel)	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ramingbijstelling eigen bijdrage AWBZ	0,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
Overig begrotingsgefinancierd	65,2	65,2	64,5	64,1	64,1	64,1	64,1	64,1	64,1
Caribisch Nederland	15,2	15,2	14,5	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1	14,1
Tekort budget Wtgc	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2013 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maatregelen									
Zvw	0,0	-997,0	-1.042,0	-1.042,0	-1.042,0	-1.042,0	-1.042,0	-1.042,0	-1.042,0
Bestuurlijk akkoord curatieve ggz	0,0	-75,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Rollator en overige eenvoudige loop hulpmiddelen uit het basispakket	0,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0
Aanpassing tarieven kaakchirurgie	0,0	0,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0
Overheveling FZO naar de VWS begroting	0,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0	-20,0
Eigen bijdrage verpleegdag € 7,50 instellingen medisch specialis- tische zorg	0,0	-55,0	-55,0	-55,0	-55,0	-55,0	-55,0	-55,0	-55,0
Nieuwe bekostiging hoortoestellen	0,0	-27,0	-27,0	-27,0	-27,0	-27,0	-27,0	-27,0	-27,0
Verhogen eigen risico tot € 350 met compensatie lage inkomens	0,0	-800,0	-800,0	-800,0	-800,0	-800,0	-800,0	-800,0	-800,0
AWBZ	0,0	-790,0	-820,0	-870,0	-970,0	-970,0	-970,0	-970,0	-970,0
Extramuralisering AWBZ	0,0	-20,0	-50,0	-100,0	-200,0	-200,0	-200,0	-200,0	-200,0
Onder contracteerruimte brengen van bovenbudgettaire vergoedingen	0,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0	-40,0
Ongedaan maken tariefsverhoging 5% PGB intramuraal	0,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0
Ongedaan maken verhoging ZZP-tarief ggz/ghz	0,0	-280,0	-280,0	-280,0	-280,0	-280,0	-280,0	-280,0	-280,0
Verlaging groeiruumte tot niveau demografie	0,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0
Verlaging vergoeding vervoerskosten instellingen	0,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0
Verlaging budget Wmo vermogensin- komensbijtelling	0,0	-34,0	-34,0	-34,0	-34,0	-34,0	-34,0	-34,0	-34,0
Vermogensinkomensbijtelling AWBZ	0,0	-86,0	-86,0	-86,0	-86,0	-86,0	-86,0	-86,0	-86,0
Intensiveringen									
Zvw	114,4	335,4	315,4	316,4	316,4	316,4	316,4	316,4	316,4
Correctie overgangsbeleid prestatie- bekostiging	0,0	37,0	37,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dieetadviesing in het pakket	0,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0
Rechtmatigheid conform Zvw	47,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ondersteuning stoppen met roken	0,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Aanpassing tariefkorting huisartsen	34,3	34,3	34,3	34,3	34,3	34,3	34,3	34,3	34,3
Aanpassing tariefkorting logopedie	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Aanpassing tariefkorting verloskunde	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Werelddekking	30,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ramingsbijstelling eigen risico	0,0	82,0	122,0	160,0	160,0	160,0	160,0	160,0	160,0
Verzachten eigen bijdrage GGZ	0,0	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0
AWBZ/Wlz	0,0	315,7	435,7	625,7	705,7	705,7	705,7	705,7	705,7
Beschikbaarheidsbijdrage opleidin- gen AWBZ	0,0	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7
Uitstel overheveling begeleiding naar de Wmo	0,0	80,0	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0
Terugdraaien IQ-maatregel	0,0	60,0	120,0	210,0	250,0	250,0	250,0	250,0	250,0
Scheiden wonen en zorg	0,0	0,0	0,0	100,0	140,0	180,0	180,0	180,0	180,0
Toekomstbestendiger maken persoonsgebonden budgetten	0,0	150,0	150,0	150,0	150,0	150,0	150,0	150,0	150,0

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2014 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maatregelen									
Zvw	0,0	0,0	-688,0	-1.853,6	-2.712,6	-3.822,6	-3.822,6	-3.822,6	-3.822,6
Hoofdlijnenakkoord 2013	0,0	0,0	-250,0	-500,0	-750,0	-1.000,0	-1.000,0	-1.000,0	-1.000,0
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	0,0	0,0	-150,0	-300,0	-300,0	-300,0	-300,0	-300,0	-300,0
Beperking groei medisch- specialistische zorg, ggz, huisartsen									
RA Rutte-Asscher	0,0	0,0	0,0	-355,0	-760,0	-1.175,0	-1.175,0	-1.175,0	-1.175,0
Stringent pakketbeheer RA Rutte- Asscher	0,0	0,0	0,0	0,0	-75,0	-225,0	-225,0	-225,0	-225,0
Verlaging ILO 2014–2017	0,0	0,0	-88,0	-261,0	-340,0	-485,0	-485,0	-485,0	-485,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dekking intensivering wijkverpleegkundige	0,0	0,0	0,0	-50,0	-100,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0
Honoraria medisch specialisten	0,0	0,0	0,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Concentratie topreferente zorg	0,0	0,0	0,0	-70,0	-70,0	-70,0	-70,0	-70,0	-70,0
Afschaffen inkomensondersteunende regelingen	0,0	0,0	-200,0	-200,0	-200,0	-200,0	-200,0	-200,0	-200,0
Korting honoraria kaakchirurgie	0,0	0,0	0,0	-17,6	-17,6	-17,6	-17,6	-17,6	-17,6
AWBZ/Wlz	0,0	-118,9	-791,8	-2.406,2	-2.746,9	-3.514,5	-3.514,5	-3.514,5	-3.514,5
Maatregel persoonlijke verzorging en decentralisatie begeleiding (RA)	0,0	0,0	0,0	-1.607,0	-1.607,0	-1.622,0	-1.622,0	-1.622,0	-1.622,0
Tariefskorting AWBZ (Korting contracteerruimte ZIN)	0,0	0,0	-330,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Landelijke invoering intramurale AWBZ (RA)	0,0	0,0	0,0	0,0	-45,0	-500,0	-500,0	-500,0	-500,0
Verlaging ILO 2014-2017	0,0	0,0	-60,0	-215,0	-314,0	-425,0	-425,0	-425,0	-425,0
Tariefmaatregel intramurale zorg	0,0	0,0	-160,0	-200,0	-200,0	-250,0	-250,0	-250,0	-250,0
Beperken groeiruimte / contracteerruimte	0,0	0,0	-21,0	-21,0	-169,0	-260,0	-260,0	-260,0	-260,0
Extramuraliseren ZZP 4 (RA)	0,0	0,0	0,0	0,0	-35,0	-70,0	-70,0	-70,0	-70,0
Nominaal beeld	0,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Compensatie extramuraliseren zzp's	0,0	-18,9	-68,9	-31,3	-45,0	-55,6	-55,6	-55,6	-55,6
Verhogen intramurale eigen bijdrage AWBZ	0,0	0,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0
Wtcg afschaffen/Korting extramurale eigen bijdrage AWBZ en Wmo	0,0	0,0	0,0	-180,0	-180,0	-180,0	-180,0	-180,0	-180,0
Uitname t.b.v. beheerskosten CAK	0,0	0,0	-1,9	-1,9	-1,9	-1,9	-1,9	-1,9	-1,9
Wmo hv	0,0	0,0	-55,1	-1.030,1	-1.195,1	-1.195,1	-1.195,1	-1.195,1	-1.195,1
Korting huishoudelijke verzorging	0,0	0,0	0,0	-975,0	-1.140,0	-1.140,0	-1.140,0	-1.140,0	-1.140,0
Uitkering maatwerk	0,0	0,0	-55,1	-55,1	-55,1	-55,1	-55,1	-55,1	-55,1
Jeugd	0,0	0,0	0,0	-15,0	-44,0	-73,0	-73,0	-73,0	-73,0
Ontschotten jeugdzorg (RA)	0,0	0,0	0,0	-15,0	-44,0	-73,0	-73,0	-73,0	-73,0
Overig begrotingsgefinancierd	3,4	147,5	-73,4	-349,4	-410,3	-411,2	-411,2	-411,2	-411,2
Mutatie Zorgopleidingen (begroting VWS)	34,7	134,2	-71,5	-10,5	-5,5	-2,5	-2,5	-2,5	-2,5
Mutatie Wtcg (begroting VWS)	-31,2	13,3	-1,9	-338,9	-404,7	-408,7	-408,7	-408,7	-408,7
Intensiveringen									
Zvw	8,4	164,9	296,2	1.567,2	1.626,2	1.788,2	1.788,2	1.788,2	1.788,2
Lage ziektebelasting	0,0	0,0	0,0	1.200,0	1.200,0	1.200,0	1.200,0	1.200,0	1.200,0
Stringent pakketbeheer RA Rutte-Verhagen	0,0	0,0	10,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Intensivering wijkverpleegkundige	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0	250,0	250,0	250,0	250,0
Harmoniseren pensioenen en verzachten korting Opleidingsfonds	0,0	0,0	37,0	51,0	60,0	67,0	67,0	67,0	67,0
Compensatie ggz-kader (m.n. jeugd-ggz)	0,0	0,0	10,0	40,0	40,0	45,0	45,0	45,0	45,0
Werelddekking	0,0	0,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tariefsaanpassing logopedie	8,4	19,9	34,2	34,2	34,2	34,2	34,2	34,2	34,2
Overheveling pensioenfonds UMC's	0,0	0,0	0,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0
Eigen bijdrage ggz/verpleegdag	0,0	145,0	145,0	145,0	145,0	145,0	145,0	145,0	145,0
AWBZ/Wlz	0,0	17,0	265,0	295,0	395,0	645,0	645,0	645,0	645,0
Verzachten extramuraliseren	0,0	0,0	0,0	30,0	130,0	280,0	280,0	280,0	280,0
Verzachten vermogensinkomensbijtelling	0,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0
Verzachten RA: intramurale eigen bijdrage	0,0	0,0	248,0	248,0	248,0	248,0	248,0	248,0	248,0
Intensivering arbeidsmarkt zorg (RA)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Wmo hv	0,0	15,0	153,7	1.219,0	1.289,0	1.291,0	1.291,0	1.291,0	1.291,0
Verzachten korting huishoudelijke verzorging	0,0	0,0	0,0	510,0	530,0	530,0	530,0	530,0	530,0
Middelen maatwerkvoorziening (compensatie afschaffen Wtcg)	0,0	0,0	100,0	709,0	759,0	761,0	761,0	761,0	761,0
Compensatie Wmo extramuraliseren zzp's	0,0	15,0	53,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Jeugd	0,0	0,0	0,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Schrappen eigen bijdrage jeugdzorg	0,0	0,0	0,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0
Overig begrotingsgefinancierd	20,9	13,4	5,6	9,8	5,1	1,6	1,6	1,6	1,6
Mutatie Caribisch Nederland (begroting VWS)	20,9	13,4	5,4	8,6	3,8	0,2	0,2	0,2	0,2
Overige	0,0	0,0	0,2	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2015 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maatregelen									
Zvw	0	0	-15,1	-319,6	-476,2	-623,3	-616,3	-616,3	-616,3
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	0	0	-15,1	-193,3	-243,9	-313,0	-313,0	-313,0	-313,0
Dekking plan van aanpak NVWA	0	0	0,0	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3	-10,3
Kasschuif middelen subsidieregeling overgang integrale tarieven MSZ	0	0	0,0	75,0	0,0	-25,0	-25,0	-25,0	-25,0
Plafond beschikbaarheidbijdrage academische zorg	0	0	0,0	-36,0	-57,0	-80,0	-73,0	-73,0	-73,0
Tariefstelling hulpmiddelen	0	0	0,0	-145,0	-145,0	-145,0	-145,0	-145,0	-145,0
Sociale wijkteams	0	0	0,0	-10,0	-20,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0
AWBZ/Wlz	0	0	-12,8	-248,0	-564,0	-574,0	-687,0	-750,0	-750,0
Begrotingsafspraken 2014									
Doelmatiger Zorginkoop AWBZ	0	0	0,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0	-30,0
Transitie hervorming langdurige zorg	0	0	0,0	-100,0	-110,0	-120,0	-120,0	-120,0	-120,0
Zorgakkoord december									
Beperken groeiruimte tot demo	0	0	0,0	-103,0	-409,0	-409,0	-409,0	-409,0	-409,0
Zorgakkoord april 2014									
Overheveling bovenbudgettaire vergoedingen	0	0	0,0	-15,0	-15,0	-15,0	-15,0	-15,0	-15,0
Pgb-trekkingsrechten	0	0	-12,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ramingsbijstelling groeiruimte care	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	-113,0	-176,0	-176,0
Wmo hv	0	0	-0,2	-142,3	-142,3	-142,3	-142,3	-142,3	-142,3
Zorgakkoord april 2014									
Overheveling Wmo HV	0	0	-0,2	-142,3	-142,3	-142,3	-142,3	-142,3	-142,3
Wmo 2015	0	0	0,0	-14,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bijdrage VNG Wmo	0	0	0,0	-14,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overig begrotingsgefinancierd	0	0	0,0	-337,9	-363,0	-488,0	-488,0	-488,0	-438,0
Budget na afschaffing Wtvg en CER	0	0	0,0	-438,0	-438,0	-438,0	-438,0	-438,0	-438,0
Kasschuif middelen arbeidsmarkt intensivering	0	0	0,0	75,0	75,0	-50,0	-50,0	-50,0	0,0
Wmo	0	0	0,0	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overig	0	0	0,0	-14,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Intensiveringen									
Zvw	0	0	12,5	112,5	137,5	90,0	90,0	90,0	90,0
Voorwaardelijke toelating geneeskundige zorg (intramuraal)	0	0	12,5	37,5	62,5	75,0	75,0	75,0	75,0
Werelddekking	0	0	0,0	60,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overheveling bovenbudgettaire vergoedingen	0	0	0,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
AWBZ/Wlz	0	0	0,0	530,0	408,0	420,0	425,0	435,0	435,0
Zorgakkoord december									
Overgangsrecht Wlz	0	0	0,0	125,0	73,0	70,0	65,0	65,0	65,0
Overgangsrecht Wmo	0	0	0,0	200,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overgangsproblematiek Zvw	0	0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verzachting taakstelling Hlz	0	0	0,0	0,0	200,0	200,0	200,0	200,0	200,0
Zorgakkoord april 2014									
Middelen instelling extra plaatsen	0	0	0,0	5,0	35,0	50,0	60,0	70,0	70,0
Extra middelen intramurale begeleiding	0	0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Wmo 2015	0	0	0,0	195,0	165,0	50,0	40,0	40,0	40,0
Zorgakkoord april 2014									
Verzachting Wmo	0	0	0,0	195,0	165,0	50,0	40,0	40,0	40,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Jeugd	0	0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Zorgakkoord april 2014									
Verzachting jeugd sociaal domein	0	0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overig begrotingsgefinancierd	0	0	0,2	142,3	142,3	142,3	142,3	142,3	142,3
Volume index 2014	0	0	0,2	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4	30,4
Volume index 2015	0	0	0,0	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1	34,1
Effect extramuralisatie	0	0	0,0	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2016 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maatregelen									
Zvw	0	0	0	-497,1	-817,1	-613,4	-597,5	-597,5	-597,5
Tarieven tandheelkunde	0	0	0	-18,0	-35,0	-35,0	-35,0	-35,0	-35,0
Additionele ruimte geneesmiddelen	0	0	0	-149,2	-291,3	-350,0	-345,0	-345,0	-345,0
Overheveling subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg	0	0	0	-37,4	-37,4	-37,4	-37,4	-37,4	-37,4
Dekking ophoging budget eerstelijnsverblijf	0	0	0	-33,5	-42,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Uitstel overgang eerstelijnsverblijf naar Zvw	0	0	0	-96,3	-180,5	0,0	0,0	0,0	0,0
IJklijnmutaties beleidsbrief kwaliteit loont	0	0	0	-10,0	-13,0	-14,5	-14,5	-14,5	-14,5
Vrijval nominaal en onverdeeld	0	0	0	-164,8	-193,0	-153,8	-153,8	-153,8	-153,8
Herverdelingseffecten Zvw	0	0	0	7,0	-4,7	-4,7	-4,7	-4,7	-4,7
Overige	0	0	0	5,0	-20,2	-18,0	-7,1	-7,1	-7,1
AWBZ/Wlz	0	0	0	-346,2	-633,3	-969,1	-976,5	-966,5	-961,5
Dekking ophogen budget eerstelijnsverblijf	0	0	0	-33,5	-35,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wlz uitvoeringskosten	0	0	0	-55,0	-55,0	-55,0	-55,0	-55,0	-55,0
Dekking uitgaven SVB pgb's	0	0	0	-42,7	-8,4	-8,4	-5,7	-5,7	-5,7
Dekking pgb-tekort	0	0	0	0,0	-116,0	-176,0	-176,0	-176,0	-176,0
Kasschuif groei ruimte care	0	0	0	-50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vrijval CIZ	0	0	0	-23,0	-23,0	-23,0	-23,0	-23,0	-23,0
Ruimte abortusklinieken	0	0	0	-11,3	-11,3	-11,3	-11,3	-11,3	-11,3
Invoering NHC Jeugd	0	0	0	0,0	-11,0	-20,0	-28,0	-28,0	-28,0
Herverdelingseffecten Wlz	0	0	0	0,0	-208,0	-446,0	-446,0	-446,0	-446,0
Onderuitputting contracteer ruimte Wlz	0	0	0	-22,9	-40,3	-40,3	-40,3	-40,3	-40,3
Overige	0	0	0	-13,8	-63,3	-66,1	-66,2	-66,2	-66,2
Eigen bijdrage Wlz	0	0	0	-94,0	-112,0	-123,0	-125,0	-115,0	-110,0
Wmo 2015	0	0	0	19,2	-21,5	-12,5	-12,5	-12,5	-52,3
Dekking middelen huishoudelijke hulp-toelage	0	0	0	0,0	0,0	-10,0	-10,0	-10,0	-50,0
Onvolkomenheid woonplaatsbegin-sel jeugdzorg	0	0	0	20,0	-20,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overige	0	0	0	-0,8	-1,5	-2,5	-2,5	-2,5	-2,3
Jeugd	0	0	0	-20,0	46,8	38,8	39,7	39,7	39,7
Herverdelingseffecten Jeugd	0	0	0	-20,0	46,8	38,8	39,7	39,7	39,7
Intensiveringen									
Zvw	0	0	0	35,0	115,0	39,5	39,5	39,5	39,5
Darmkankerscreening	0	0	0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0
Ophogen budget eerstelijnsverblijf P&M-intensivering beleidsbrief	0	0	0	0,0	77,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kwaliteit Loont	0	0	0	10,0	13,0	14,5	14,5	14,5	14,5
AWBZ/Wlz	0	0	0	469,9	842,7	743,2	780,5	716,5	726,5
Ophogen budget eerstelijnsverblijf	0	0	0	67,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Uitstel overgang eerstelijnsverblijf naar Zvw	0	0	0	96,3	180,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Kosten SVB pgb trekkingrechten	0	0	0	42,7	8,4	8,4	5,7	5,7	5,7
Pgb-tekort Wlz wegens hogere toestroom	0	0	0	91,0	133,0	160,0	160,0	160,0	160,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Extramuraliseringseffecten (zpz's 1-3 en zpz4)	0	0	0	150,0	259,0	338,0	378,0	309,0	274,0
Huishoudelijke hulp Wlz MPT	0	0	0	0,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0
Passend onderwijs	0	0	0	22,9	57,3	57,3	57,3	57,3	57,3
Compensatie RA-maatregel kern-awbz in 2016	0	0	0	0,0	45,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enveloppe: waardigheid en trots	0	0	0	0,0	132,5	152,5	152,5	157,5	202,5
Wmo 2015	0	0	0	49,4	266,4	419,0	419,7	419,7	419,7
Huishoudelijke hulp toelage	0	0	0	13,5	66,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Meeropbrengst pgb trekkingsrechten gemeenten	0	0	0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lpo tranche 2015	0	0	0	6,9	6,9	6,7	6,8	6,8	6,8
Capaciteitsreductie gesloten jeugdzorg	0	0	0	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Herverdelingseffecten Wmo 2015	0	0	0	0,0	193,5	412,3	412,9	412,9	412,9
Overig begrotingsgefinancierd	0	0	0	-39,2	99,4	104,2	34,4	26,6	36,4
Overig	0	0	0	-39,2	99,4	104,2	34,4	26,6	36,4

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2017 (bdragen X € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maatregelen									
Zvw	0	0	0	0	-619,1	-956,0	-975,8	-1.010,8	-1.035,7
Schadevergoeding Erasmus MC	0	0	0	0	-4,0	-87,5	-87,5	-68,0	0,0
Taakstelling stringent pakketbeheer	0	0	0	0	75,0	225,0	225,0	225,0	225,0
Invulling stringent pakketbeheer msz	0	0	0	0	0	-125,0	-150,0	-150,0	-150,0
Invulling stringent pakketbeheer ggz	0	0	0	0	-25,0	-25,0	-25,0	-25,0	-25,0
Invulling stringent pakketbeheer hulpmiddelen	0	0	0	0	-50,0	-75,0	-50,0	-50,0	-50,0
Dekking pakketuitbreiding	0	0	0	0	0,0	0,0	-25,0	-25,0	-25,0
Besluitvorming overschrijdingen msz	0	0	0	0	-70,0	-29,0	0,0	0,0	0,0
Kasschuif resterende middelen integrale tarieven	0	0	0	0	-68,8	0,0	25,0	34,0	10,0
Nominaal en onverdeeld Zvw	0	0	0	0	-469,9	-732,7	-755,5	-808,9	-879,9
Dekking verhoging budget eerstelijns verblijf vanuit de Zvw	0	0	0	0	0,0	-46,5	-46,0	-46,0	-46,0
Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen msz	0	0	0	0	0,0	-9,0	-26,0	-26,0	-26,0
Indicatiestelling gebitsprothese	0	0	0	0	0,0	-19,4	-19,4	-19,4	-19,4
Overige	0	0	0	0	-6,3	-31,9	-41,4	-51,5	-49,4
Wlz	0	0	0	0	-74,1	83,8	97,6	112,2	100,9
Uitvoeringskosten/compensatie pgb gemeenten	0	0	0	0	-31,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Uitstel overheveling HH MPT vanuit Wmo naar Wlz	0	0	0	0	-26,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Nominaal en onverdeeld Wlz	0	0	0	0	-14,2	-380,2	-273,2	-273,2	-273,2
Onderuitputting EB en overheveling huisvestingskosten ELV	0	0	0	0	0,0	-46,7	-43,7	-41,2	-41,2
Overheveling ZiN naar pgb	0	0	0	0	0,0	-96,0	-139,0	-139,0	-139,0
Tarieven NHC's	0	0	0	0	0,0	0,0	-15,0	-15,0	-15,0
Schrappen taakstelling Wlz	0	0	0	0	0,0	400,0	400,0	400,0	400,0
Uitstel overheveling HH MPT naar Wlz	0	0	0	0		-17,0	-17,0	-17,0	-17,0
Herverdeeleffecten Hlz	0	0	0	0	0,0	226,1	185,6	184,4	177,2
Overige	0	0	0	0	-2,0	-2,4	-0,1	13,2	9,1
Wmo en Jegdwt	0	0	0	0	0,0	-226,1	-185,6	-184,4	-177,2
Herverdeeleffecten Hlz	0	0	0	0	0,0	-226,1	-185,6	-184,4	-177,2
Begrotingsgefinancierd	0	0	0	0	226,3	-24,0	-61,2	-48,4	-73,1
Overige	0	0	0	0	226,3	-24,0	-61,2	-48,4	-73,1
Intensiveringen									
Zvw	0	0	0	0	25,1	204,3	256,7	259,7	306,2
Verhoging budget eerstelijns verblijf	0	0	0	0	0,0	77,0	76,0	76,0	76,0
Plastische chirurgie	0	0	0	0	0,0	14,8	14,8	14,8	14,8
Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT)	0	0	0	0	0,0	0,0	26,0	26,0	26,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Migratieproblematiek	0	0	0	0	23,6	76,5	94,9	94,9	94,9
Correctie extrapolatie integrale tarieven	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0
Verwarde personen	0	0	0	0	15,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Kasschuif verwarde personen	0	0	0	0	-13,5	-4,0	5,0	8,0	4,5
Besparingsverlies werelddekking	0	0	0	0	0,0	15,8	16,6	17,4	18,2
Dekking besparingsverlies werelddekking Marokko	0	0	0	0	0,0	-5,8	-6,6	-7,4	-8,2
AWBZ/Wlz	0	0	0	0	-122,7	14,9	83,9	83,8	84,0
Waardigheid en Trots	0	0	0	0	-17,5	-17,5	-17,5	-17,5	-17,5
Uitvoeringskosten SVB pgb trekkingsrechten vanaf 2017	0	0	0	0	0,0	16,2	13,9	13,9	13,9
Hogere toestroom pgb	0	0	0	0	0,0	122,0	193,0	193,0	193,0
Uitdeling Ipo 2016 Wmo en Jeugd	0	0	0	0	-105,2	-105,8	-105,5	-105,6	-105,4
Wmo en Jeugdwet	0	0	0	0	148,9	133,0	132,7	132,8	132,7
Compensatie derving eigen bijdrage Jeugdwet (Gemeentefonds)	0	0	0	0	26,6	26,6	26,6	26,6	26,6
Compensatie beschermd wonen (Gemeentefonds)	0	0	0	0	9,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Compensatie eigen bijdragen gemeenten	0	0	0	0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Compensatie Wmo 2015	0	0	0	0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Uitdeling Ipo 2016 Wmo en Jeugd	0	0	0	0	105,2	105,8	105,5	105,6	105,4
Overige	0	0	0	0	0,0	0,6	0,6	0,6	0,7

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2018 (bedragen X € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Maatregelen									
Zvw	0	0	0	0	0	-90,6	-377,3	-382,5	-379,3
Nominaal en onverdeeld Zvw	0	0	0	0	0	-82,7	-67,0	-78,1	-81,1
Lagere groei door zorgakkoorden 2018	0	0	0	0	0	0,0	-280,0	-280,0	-280,0
Overige beleidsmatige bijstellingen	0	0	0	0	0	-7,9	-30,3	-24,4	-18,2
Wlz	0	0	0	0	0	-40,6	-282,7	-293,0	-363,7
Nominaal en onverdeeld Wlz	0	0	0	0	0	-14,1	-73,5	-35,3	-35,3
Arbeidsmarktagenda kwaliteitskader	0	0	0	0	0	-5,0	-67,5	-67,5	-67,5
Openstaande reeks	0	0	0	0	0	0,0	0,0	-136,2	-207,6
Ruimte zorginfrastructuur	0	0	0	0	0	0,0	-70,0	-10,1	-9,4
Extramuralisering tranche 2018 Wmo	0	0	0	0	0	0,0	-41,9	-41,9	-41,9
Compensatie in verband met de coulancegroep ggz-B	0	0	0	0	0	-18,0	0,0	0,0	0,0
Zorginfrastructuur	0	0	0	0	0	0,0	-27,8	0,0	0,0
Overig beleidsmatige bijstellingen	0	0	0	0	0	-3,5	-2,0	-2,0	-2,0
Begrotingsgefinancierd	0	0	0	0	0	5,0	67,5	67,5	67,5
Arbeidsmarktagenda verpleeghuiszorg (Art.4)	0	0	0	0	0	5,0	67,5	67,5	67,5
Intensiveringen									
Zvw	0	0	0	0	0	109,8	100,1	100,8	102,5
Besparingsverlies werelddekking	0	0	0	0	0	45,0	45,0	45,0	45,0
Flankerend beleid zorgakkoorden 2018	0	0	0	0	0	64,8	35,9	36,6	38,3
Bijstelling tarieven verloskunde	0	0	0	0	0	0,0	19,2	19,2	19,2
Wlz	0	0	0	0	0	205,0	566,9	1.100,3	1.692,4
Kwaliteit verpleegzorg (incidenteel)	0	0	0	0	0	100,0	0,0	0,0	0,0
Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (structureel)	0	0	0	0	0	100,0	435,0	1.038,3	1.635,4
Transitie- en uitvoeringskosten kwaliteitskader	0	0	0	0	0	5,0	131,9	132,0	132,0
Ramingsbijstelling groeiruimte Wlz	0	0	0	0	0	0,0	0,0	-70,0	-75,0
Wmo en Jeugdwet	0	0	0	0	0	101,0	149,7	121,9	139,9
Financiële compensatie via de eigen bijdragen Wmo 2015	0	0	0	0	0	50,0	50,0	50,0	50,0
Uitname correctie herinstromers	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	18,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Uitname correctie herinstromers	0	0	0	0	0	30,0	30,0	30,0	30,0
Extramuralisering tranche 2018 Wmo	0	0	0	0	0	0,0	41,9	41,9	41,9
Compensatie in verband met de coulancegroep ggz-B	0	0	0	0	0	18,0	0,0	0,0	0,0
Zorginfrastructuur	0	0	0	0	0	0,0	27,8	0,0	0,0
Overige beleidsmatige bijstellingen	0	0	0	0	0	3,0	0,0	0,0	0,0

Vraag 17

Hoeveel is er sinds het aantreden van kabinet Rutte I en Kabinet Rutte II geïnvesteerd in de zorg? Kunt u dit zowel weergeven in een totaalbedrag als uitgesplitst in aparte tabellen voor Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet?

Antwoord:

In totaal is er sinds het aantreden van het Kabinet Rutte I en Rutte II € 68,8 miljard – € 59,4 miljard = € 9,4 miljard. Zie verder het antwoord op vraag 16.

Vraag 18

Kunt u een overzicht sturen van de bezuinigingen, uitgesplitst per Wmo, Wlz, Zvw en Jeugdzorg voor het komende jaar t/m 2020?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 16.

Vraag 19

Kunt u de Kamer een recent overzicht doen toekomen met alle bezuinigingen op de langdurige zorg (Wlz, Wmo en jeugdzorg) als het gaat om de jaren 2015 t/m 2020 (uitgesplitst naar jaartal)?

Antwoord:

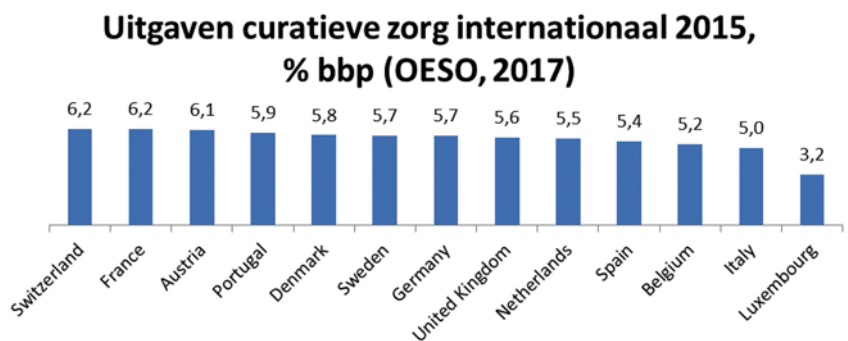
Zie het antwoord op vraag 16.

Vraag 20

Hoeveel geven andere Europese landen uit aan curatieve en langdurige zorg? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

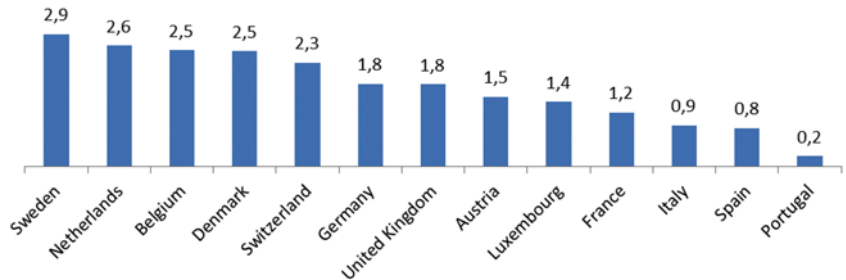
Antwoord:

Als het gaat om uitgaven aan curatieve zorg valt Nederland in de middenmoot ten opzichte van andere Europese landen. In onderstaand overzicht zijn de uitgaven aan curatieve zorg in verschillende Europese landen opgenomen, uitgedrukt in % bbp. Deze data zijn afkomstig van de OECD Health Database.



De uitgaven aan langdurige zorg zijn in internationaal perspectief hoog te noemen. Dit valt ook te zien in onderstaande tabel. De uitgaven aan langdurige zorg zijn internationaal lastig te meten omdat deze zorg veelal belegd is op decentraal (gemeentelijk of regionaal) niveau. Deze data zijn afkomstig van de OECD Health Database.

Uitgaven langdurige zorg internationaal 2015, % bbp (OESO, 2017)



Daarbij moet tevens gemeld worden dat de meest recente cijfers het jaar 2015 betreffen. Dat was net na de hervorming van de langdurige zorg. In het kader van die hervorming is geschoven tussen de verschillende kaders, waardoor er een breuk in de data heeft plaatsgevonden voor Nederland.

Vraag 21

Kunt u aangeven waarop andere Europese landen bezuinigen als het gaat om zorg? Kunt u hiervan een overzicht en uw duiding hiervan sturen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 547 uit de Begrotingsbehandeling voor het jaar 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 22

Welke ontwikkelingen in de curatieve en langdurige zorg vinden plaats in andere Europese landen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 548 uit de Begrotingsbehandeling voor het jaar 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 23

Kunt u een overzicht geven van bestaande EU richtlijnen en verordeningen binnen het domein van VWS?

Antwoord:

Het VWS-beleidsterrein wordt op een aantal onderdelen sterk bepaald door Europese regelgeving. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan Europese regels met betrekking tot geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, voedsel- en productveiligheid en veiligheid en kwaliteit van lichaamsmateriaal.

Verder bestaat er Europese regelgeving op terreinen die deels het terrein van VWS raakt maar ook de beleidsterreinen van andere ministeries, bijvoorbeeld toegankelijkheid voor mensen met een handicap, coördinatie van sociale zekerheid, grondrechten en de verwerking van persoonsgegevens.

Een volledig overzicht van de Europese wet- en regelgeving is te vinden op de website van de Europese Unie EUR-Lex: <http://eur-lex.europa.eu>.

Deze website heeft een uitgebreide zoekfunctie, waarmee onder andere op onderwerp/beleidsterrein kan worden gezocht.

Vraag 24

Kunt u een overzicht geven van EU richtlijnen en verordeningen die nog niet zijn aangenomen?

Antwoord:

Alle voorstellen voor nieuwe EU-wetgeving worden, vergezeld van een BNC-fiche, aan de Tweede Kamer toegezonden (Kamerstukken 22 112). BNC-fiches bevatten onder meer een samenvatting van het voorstel en de beoogde onderhandelingsinzet van het kabinet. Via de website van Europese Unie (<http://eur-lex.europa.eu/collection/legislative-procedures.html>) kan de voortgang van de Europese wetgevingsprocedures worden gevolgd.

Verder ontvangt de Tweede Kamer ieder kwartaal van de Minister van Buitenlandse Zaken een overzicht van de stand van zaken bij de implementatie van EU-richtlijnen in de Nederlandse wet- en regelgeving (Kamerstukken 21 109). Deze brieven bevatten als bijlage een overzicht met recent vastgestelde Europese regelgeving en het departement dat verantwoordelijk is voor de implementatie.

Vraag 25

Wat is de Gini-coëfficiënt (inkomensongelijkheid) in de zorg? Hoe heeft deze zich de afgelopen 15 jaar ontwikkeld? En hoe verhoudt deze Gini-coëfficiënt in de zorg tot de Gini-coëfficiënt voor heel Nederland?

Antwoord:

Voor specifieke sectoren wordt door het CPB geen Gini-coëfficiënt berekend en bijgehouden.

Vraag 26

Wat verdient een verzorgende gemiddeld in de zorg? Wat verdient een verplegende gemiddeld in de zorg? Wat verdient een huisarts gemiddeld in de zorg? Wat verdient een medisch specialist gemiddeld in de zorg? Wat verdient een directeur van een ziekenhuis gemiddeld in de zorg? Wat verdient een directeur van een ouderenzorginstelling gemiddeld in de zorg?

Antwoord:

Op YouChooz.nl zijn voor een veelheid aan beroepen in de zorg allerlei gegevens opgenomen, waaronder een salarisindicatie. De salarisindicaties zijn voor 2017. Genoemde bedragen zijn exclusief 8% vakantietoeslag, eindejaarsuitkering en onregelmatigheidstoeslag.

Een verzorgende-IG heeft een bruto startsalaris van minimaal € 1.615,-. Het salaris kan oplopen tot € 2.750. Het salaris is afhankelijk van de relevante cao. Voor ongeveer 40% van de gewerkte uren geldt dat nog een onregelmatigheidstoeslag van toepassing is.

Het salaris van een verpleegkundige is afhankelijk van de specialisatie. Een beginnend kinderverpleegkundige heeft een bruto salaris van € 1.820,- per maand. Dit kan oplopen tot ongeveer € 2.960,-. Salarissen verschillen per ziekenhuis omdat de functie-inhoud niet overal gelijk is. De uren waarop onregelmatigheidstoeslag van toepassing is variëren van 22% tot 72%.

Een ambulanceverpleegkundige heeft afhankelijk van opleiding en ervaring een salaris van € 2.455,- en € 3.640,- bruto per maand bij een fulltime dienstverband. Er is een aparte cao voor de ambulancezorg waarin vergoedingen voor onregelmatigheidstoeslag en reiskostenvergoeding zijn geregeld.

Een huisarts werkzaam in een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum heeft een bruto salaris van € 3.620,- per maand tot € 5.530,-. Voor nacht- of weekenddiensten geldt een onregelmatigheidstoeslag (huisartsen in loondienst).

Een specialist ouderengeneeskunde verdient een salaris van € 4.050,- tot € 6.160,- bruto per maand. Ook hier is een onregelmatigheidstoeslag van toepassing.

Over gemiddelde salarissen van directeuren in de zorg of directeuren van een ouderenzorginstellingen heb ik geen gegevens.

Vraag 27

Wat is het hoogste inkomen van een medisch specialist in Nederland? Wat is het hoogste inkomen van een ziekenhuisdirecteur in Nederland? Wat is het hoogste inkomen van een directeur van een ouderenzorginstelling in Nederland? Wat is het hoogste inkomen van een thuiszorgdirecteur in Nederland? Wat is het hoogste inkomen van een werknemer van het Ministerie van VWS?

Antwoord:

In de gevraagde hoogste inkomens heb ik geen inzicht, met uitzondering van het hoogste inkomen van een werknemer van het Ministerie van VWS. Dit laatste is namelijk het bekende salaris van een Minister. Verder geldt dat een ziekenhuisdirecteur, een directeur van een ouderenzorginstelling en een thuiszorgdirecteur onder de WNT kunnen vallen, mits zij voldoen aan de definitie van «topfunctionaris», zoals bedoeld in de WNT. Is daarvan sprake geldt ook voor hen de maximum WNT-bezoldiging.

Vraag 28

Hoeveel procent van de zorgpremie gaat daadwerkelijk naar de zorg en hoeveel procent gaat naar (de organisatie van) de zorgverzekeraar?

Antwoord:

Op basis van de transparantieoverzichten van zorgverzekeraars over 2016 bedragen de bedrijfskosten van de zorgverzekeraars 3,3% van de premie-inkomsten inclusief vereveningsbijdrage. Hiermee gaat ruim 96% van de premie-inkomsten naar de zorg.

Vraag 29:

Hoeveel medische missers zijn er de afgelopen 15 jaar in Nederland gemaakt? Kunt u een jaaroverzicht geven om te laten zien of er een stijgende of dalende lijn is?

Antwoord

Hoewel ik geen voorstander ben van het gebruik van de term «medische misser» geef ik hieronder een overzicht van het aantal verplichte meldingen van ziekenhuizen vanaf het jaar dat deze cijfers door de Inspectie worden bijgehouden (2009) tot en met het jaar 2016. Hierbij gaat het om melding van calamiteiten, geweld binnen de zorgrelatie en ontslag wegens disfunctioneren, welke verplicht moeten worden gemeld bij de inspectie overeenkomstig de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

Het valt de Inspectie op dat ziekenhuizen calamiteiten beter leren herkennen, waardoor het aantal meldingen stijgt. Dat betekent niet dat de zorg minder veilig wordt. Integendeel, doordat ziekenhuizen meer melden, onderzoeken ze meer en wordt de kans kleiner dat de ongewenste situatie nog eens voorkomt.

Ontvangen verplichte meldingen door ziekenhuizen, in aantallen

2009	515
2010	541
2011	605
2012	737
2013	773
2014	900
2015	958
2016	1.306

Bron: «in openheid leren van meldingen, IGZ, 2016», www.igz.nl.

Vraag 30

Hoeveel tuchtzaken zijn er de afgelopen 15 jaar in Nederland tegen artsen geweest? Kunt u een jaaroverzicht geven om te laten zien of er een stijgende of een dalende lijn is?

Antwoord:

Onderstaand overzicht bevat de jaarlijkse aantallen door de Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (RTG) afgehandelde tuchtzaken. De cijfers zijn ontleend aan de jaarverslagen van de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg. De tuchtcolleges brengen sinds 2008 een gezamenlijk jaarverslag uit. In de tweede kolom is het aantal per jaar afgehandelde tuchtklachten tegen artsen opgenomen. In de derde kolom is het totaal aantal per jaar afgehandelde tuchtklachten (voor alle acht registerberoepen) opgenomen. Over het jaar 2006 en voorgaande jaren zijn alleen het aantal per jaar afgehandelde tuchtklachten (voor alle acht registerberoepen) beschikbaar voor zover de afzonderlijke regionale tuchtcolleges die bij hebben gehouden. Voor zover de kolommen over het jaar 2006 en voorgaande jaren leeg zijn, zijn geen cijfers bijgehouden en zijn deze cijfers ook niet meer betrouwbaar te achterhalen.

Jaar	Totaal afgehandelde klachten tegen artsen	Totaal afgehandelde klachten	RTG Amsterdam	RTG Den Haag	RTG Eindhoven	RTG Zwolle	RTG Groningen
2016	1.088	1.537					
2015	1.064	1.609					
2014	1.125	1.710					
2013	1.118	1.714					
2012	1.056	1.625					
2011	1.024	1.590					
2010	997	1.493					
2009	790	1.309					
2008	905	1.347					
2007	933	1.293					
2006			393		352	269	115
2005			305		329		
2004			228		216		
2003			272		190		
2002			263		173		

Vraag 31

Hoeveel spoedeisende eerstehulpdiensten zijn er de afgelopen 5 jaar verdwenen?

Antwoord:

De bereikbaarheid en beschikbaarheid van afdelingen voor spoedeisende hulp (SEH's) wordt sinds 2013 door het RIVM in kaart gebracht in de zogenaamde «analyses gevoelige ziekenhuizen». In het rapport uit 2013 staat dat er sinds 2011 vijf SEH's waren gesloten of niet meer 24 uur per dag 7 dagen per week open waren (bijlage bij TK 2013–2014, 32 854, nr. 20).

In het rapport uit 2014 staat dat er sinds het rapport uit 2013 drie SEH's waren gesloten: in Delfzijl, Spijkenisse en Rotterdam (locatie Sophia) (bijlage bij TK 2014–2015, 29 247, nr. 211).

Het rapport uit 2016 geeft aan dat er in 2015 twee afdelingen voor Spoedeisende Hulp (SEH's) zijn gesloten: bij de fusie van de ziekenhuizen in Roosendaal en Bergen op Zoom is de spoedeisende hulp in Bergen op Zoom geconcentreerd, de SEH in Roosendaal is gesloten; en in Den Haag is de spoedeisende hulp van het HagaZiekenhuis geconcentreerd op de locatie Leyweg, de SEH op de locatie Sportlaan is gesloten (bijlage bij TK 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 158).

Binnenkort brengt het RIVM wederom een «analyse gevoelige ziekenhuizen» uit met daarin onder meer informatie over het aantal SEH's dat sinds 2015 is gesloten. Mijn ambtsopvolger zal het nieuwe rapport van het RIVM naar de Tweede Kamer sturen. Zie ook het antwoord op vraag 406.

Vraag 32

Hoeveel zorgaanbieders hebben de afgelopen 5 jaar een patiënten- of cliëntenstop ingesteld?

Antwoord:

Ik beschik niet over informatie met betrekking tot het aantal patiënten- of cliëntenstops dat wordt ingesteld. In het geval van een patiënten- of cliëntenstop moet een verzekeraar vanwege de zorgplicht of bijcontracteren bij de betreffende zorgaanbieder of zorgen voor voldoende aanbod bij andere zorgaanbieders in de regio. De NZa ziet toe op naleving van de zorgplicht.

Vraag 33

Hoeveel zorgaanbieders zijn er de afgelopen 5 jaar gefuseerd?

Antwoord:

In overeenstemming met mijn antwoord op een vergelijkbare vraag over de begroting van vorig jaar beantwoord ik deze vraag aan de hand van informatie over het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet, en niet (ook) aan de hand van informatie over de zorgspecifieke fusietoets. Zo worden dubbeltellingen voorkomen.

In het kader van het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet dienen zorgaanbieders die aan bepaalde, voor de zorg verlaagde, omzetzempels voldoen voorgenomen concentraties te melden bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De ACM heeft mij laten weten dat zij in de periode van 2012 tot en met 2016 voor 88 voorgenomen concentraties in de zorg goedkeuring heeft verleend, waarvan 5 onder nadere voorwaarden.

Vraag 34

Wat is de ontwikkeling van de vermijdbare sterfte over de afgelopen 5 jaar geweest?

Antwoord:

De laatste publicatie van het NIVEL over vermijdbare sterfte dateert van 2013. Dat rapport bevatte de resultaten van de derde meting van vermijdbare sterfte in de ziekenhuizen in de periode 2011/2012. Het onderzoeksinstituut NIVEL is op dit moment bezig om de resultaten van de vierde meting van vermijdbare sterfte in de ziekenhuissector over de periode 2011/2012 tot 2015 te analyseren. Het rapport over het onderzoek wordt naar verwachting eind 2017 gepubliceerd.

Vraag 35

In hoeverre nemen vermijdbare ziekenhuisinfecties toe, welke maatregelen worden hiertegen genomen en welke doelen worden hieraan gekoppeld?

Antwoord:

Infecties die ontstaan zijn tijdens ziekenhuisopnames worden gemonitord (zie http://www.rivm.nl/Onderwerpen/P/PREZIES/Prevalentieonderzoek_Ziekenhuizen/Referentiecijfers_Prevalentieonderzoek_ziekenhuizen/Referentiecijfers_Prevalentie_2016.org). Door regelmatige feedback en benchmarking wordt geprobeerd het percentage laag te houden.

Op dit moment wordt bekeken op welke manier meer inzicht verkregen kan worden in de vermijdbaarheid van zorginfecties. Immers, sommige infecties zijn te vermijden, andere niet. Het voorkomen van vermijdbare infecties verlaagt de ziektelast, daarom vinden we dit zo belangrijk.

Het RIVM overlegt met verschillende medisch specialismen over wanneer, bij wie en waarom de infecties ontstaan en hoe dat kan worden gemeten. Dat is de basis voor gerichte interventies en richtlijnen.

In 2015 heb ik samen met betrokken partijen doelen opgesteld om antibioticaresistentie te bestrijden (TK 2014–2015, 32 620, nr. 159). Eén van die doelen betrof het tegengaan van infecties en luidt:

«Het aantal vermijdbare zorggerelateerde infecties is over 5 jaar in de hele zorgketen met 50% gedaald ten opzichte van een met partijen vastgestelde nulmeting. Hierbij wordt rekening gehouden met verschillen tussen zorgdomeinen en met praktijkvariatie binnen een domein.»

In 2013 en in 2015/2016 heeft de toenmalige Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) thematoezicht uitgevoerd naar infectiepreventie in ziekenhuizen. De IGZ heeft duidelijke verbeteringen geconstateerd ten opzichte van het onderzoek uit 2013, maar toch was de conclusie dat infectiepreventie in ziekenhuizen nog beter kan en moet. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.) voert op dit moment een vervolg themaonderzoek uit bij de ziekenhuizen. De IGJ i.o. zal naar verwachting in het voorjaar van 2018 het rapport publiceren. De IGZ heeft het afgelopen jaar ook thematisch toezicht uitgevoerd in de privéklinieken (rapport q1 2018).

Vraag 36

Hoeveel zorgbestuurders verdienden het afgelopen jaar meer dan de Wet Normering Topinkomens (WNT) -norm en waar zijn/waren ze werkzaam?

Antwoord:

Ik beschik niet over de door u gevraagde informatie. Met inwerkingtreding van de Evaluatiewet WNT, op 1 juli 2017, is de algemene digitale meldplicht bij de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties komen te vervallen en wordt niet langer een integraal overzicht van alle topinkomens in de publieke en semipublieke sector bijgehouden en jaarlijks naar de Tweede Kamer verstuurd. Zorginstellingen met een WTZi-toelating blijven verplicht de WNT-informatie in hun jaarverslag op te nemen, deze door de accountant te laten controleren en deze te publiceren.

In de WNT-jaarrapportage die u eind dit jaar ontvangt wordt u geïnformeerd over daadwerkelijke overtredingen en getroffen handhavingsmaatregelen. Overschrijdingen die – als gevolg van overgangsrecht – geen overtredingen zijn, worden niet in de WNT-jaarrapportage opgenomen.

Vraag 37

Kan een overzicht gegeven worden van alle ontvangsten uit bestuurlijke boetes van de toezichthouders in totaal en afzonderlijk voor de Nederlandse Voedsel- en Waren Autoriteit (NVWA), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de afgelopen vijf jaar.

Antwoord:

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de totale ontvangsten uit bestuurlijke boetes van de toezichthouders uitgesplitst naar de bestuurlijke boetes van de NVWA, IGZ en NZa.

	2012	2013	2014	2015	2016
NVWA	4,8	5,2	5,3	4,1	5,4
IGZ	0,5	0,4	1,3	1,4	1,1
NZa	0,5	-	6,1	0,7	

Totaal

Bedragen x € 1 miljoen

Vraag 38

Waarom heeft de Kamer de eerder toegezegde notitie (WGO VWS-jaarverslag 2016, 29 juni 2017) over de tussenstand van de Staat van Volksgezondheid en Zorg op basis waarvan de besluitvorming over de doorontwikkeling kan plaatsvinden nog niet ontvangen? Kunt u deze notitie naar de Kamer sturen?

Antwoord:

Het aanbieden van de toegezegd notitie over de tussenstand van de Staat van Volksgezondheid en Zorg alsmede het advies over de verbeter- en uitbreidingsmogelijkheden van de VWS-monitor laat ik over aan mijn opvolger.

Vraag 39

Welk verband bestaat er tussen het midden van zorg en de inkomensgroep, waartoe iemand behoort?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 4.

Vraag 40

Hoeveel mensen hebben afgezien van zorg vanwege hogere kosten, graag uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 4.

Vraag 41

Hoeveel mensen hebben afgezien van de eigen bijdrage Wmo? En hoe was die verdeling voor in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 15 en 2016?

Antwoord:

Er is geen landelijke registratie beschikbaar van mensen die hebben afgezien van voorzieningen waarvoor een eigen bijdrage Wmo.

Vraag 42

Hoeveel mensen zien af van Wlz zorg, vanwege de hoge eigen bijdrage? En hoe was die verdeling voor in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 15 en 2016?

Antwoord:

Aangezien niet bekend is hoeveel mensen afzien van zorg vanwege de eigen bijdrage is dat niet bekend.

Vraag 43

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die zorg mijden in 2017? En hoe was die verdeling voor in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 15 en 2016?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 4.

Vraag 44

Hoeveel winst heeft de farmaceutische industrie in de afgelopen vijf jaar per jaar gemaakt?

Antwoord:

Volgens het CBS boekte de farmaceutische industrie in Nederland in 2015 een bedrijfsresultaat van € 1 miljard, 17,5% van de omzet. Gemiddeld in de periode 2009–2015 lag het percentage op 18%.

Bron: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/15/bedrijfsresultaat-hoogst-in-farmaceutische-industrie>

Het bedrijfsresultaat per jaar staat in onderstaande tabel (CBS Statline) in miljoenen euro's.

Jaar	Bedrijfsresultaat farmaceutische industrie (bedragen x € 1 miljoen)
2009	981
2010	702
2011	1.305
2012	2.275
2013	821
2014	688
2015	1.008

De omzet van de farmaceutische industrie in Nederland was volgens het CBS een kleine 6 miljard euro in 2015. Dit is een fractie van de wereldwijde omzet van meer dan een biljoen dollar (1.000 miljard).

<https://www.statista.com/statistics/263102/pharmaceutical-market-worldwide-revenue-since-2001/>

Vraag 45

Hoeveel winst hebben fabrikanten van medische hulpmiddelen in de afgelopen vijf jaar per jaar gemaakt?

Antwoord:

Ik heb op dit moment geen informatie over de winsten van alle fabrikanten van medische technologie, maar gelet op het belang van de sector voor de betaalbaarheid van de zorg wil ik daar meer over weten.

Daarom heb ik opdracht gegeven voor een marktscan naar de werking en structuur van de sector, de relevante actoren en belangrijkste ontwikkelingen en trends. Dit onderzoek zal meer inzicht geven over de Nederlandse en Europese markt voor medische technologie, de verhouding tussen in- en export, tussen intra- versus extramuraal, tussen MKB en

grote industrie en bijbehorende winstmarges. Ik verwacht deze marktscan in de 1^e helft van 2018. Daarnaast laat ik door het RIVM een horizonscan doen naar de medische technologie die op ons afkomt en een grote impact zou kunnen hebben.

Vraag 46

Hoeveel winst hebben medisch specialisten in de afgelopen vijf jaar gemaakt?

Antwoord:

Ik heb geen overzicht van de inkomsten van vrijgevestigd medisch specialisten. Specialisten in loondienst worden betaald conform de CAO.

Vraag 47

Hoeveel winst hebben ziekenhuizen in de afgelopen vijf jaar gemaakt?

Antwoord:

In haar marktscan van de medisch-specialistische zorg 2016 (de meest recente marktscan, TK 29 248, nr. 353), heeft de NZa de winstgevendheid van ziekenhuizen uitgedrukt in het rentabiliteitspercentage. De rentabiliteit, ook wel de bruto omzet marge, is door de NZa berekend door het bedrijfsresultaat van de zorgaanbieders te delen door de totale omzet. De rentabiliteit voor de ziekenhuissector heeft zich volgens de NZa als volgt ontwikkeld:

Tabel. Gemiddelde rentabiliteit van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (%)

Rentabiliteit	2012	2013	2014	2015
Algemene ziekenhuizen	3,7	4,3	3,6	3,3
UMC's	3,3	3,6	3,4	4,1
Revalidatie-instellingen	3,2	3,0	2,0	2,1
Totaal gewogen gemiddelde	3,6	4,1	3,5	3,5

Bron: NZa Marktscan 2016, op basis van jaarrekeningen 2012 t/m 2015 van ziekenhuizen en revalidatie-instellingen

Vraag 48

Hoeveel winst hebben zorgverzekeraars in de afgelopen vijf jaar per jaar gemaakt?

Antwoord:

DNB publiceerde jaarlijks – op basis van de verslagstaten DNB – een landelijk overzicht technische rekening zorgverzekeraars voor de basisverzekering. Deze overzichten zijn beschikbaar van 2007 t/m 2015.

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

Bron: DNB

Deze resultaten werden gepresenteerd op basis van Solvency I cijfers en kunnen daardoor niet aangevuld worden met de cijfers na 2015. Een

inschatting van de DNB op basis van de cijfers over 2016, waarbij aannames nodig zijn over de toedeling van het resultaat «technische rekening» en de beleggingsopbrengsten naar basis- en aanvullende verzekering komen goed overeen met de cijfers van de zorgverzekeraars uit de transparantieoverzichten over 2016. Over 2016 was het resultaat volgens deze overzichten én de inschatting van de DNB ruim € 300 miljoen negatief. Dit bedrag is inclusief de beleggingsopbrengsten van zorgverzekeraars op de basisverzekering.

De cijfers betreffen de resultaten conform de systematiek van de jaarrekeningen. Bij het resultaat «technische rekening» blijft het resultaat van de «niet-technische» rekening buiten beeld. Het gaat hier voornamelijk om de opbrengsten uit beleggingen voor zover niet toegerekend aan de «technische rekening».

Vanwege het hanteren van schade- en premievoorzieningen waren uitkomsten van het technisch resultaat in de openbare statistieken en de jaarverslagen niet volledig transparant en waren deze moeilijk op te maken. Daarom presenteren zorgverzekeraars sinds 2015 de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering op de website. In deze overzichten zijn de jaarcijfers op een meer begrijpelijke wijze opgebouwd en zijn tevens naar concern beschikbaar.

Het resultaat conform de transparantieoverzichten wijkt af van het resultaat conform de jaarrekeningen. Het resultaat conform jaarrekeningen is het resultaat na aftrek van teruggave in de premie 2016 en inclusief het resultaat behaald op de aanvullende verzekering, zorgkantoren, dochtermaatschappijen en geconsolideerde stichtingen.

Resultaat en bestemming resultaat basisverzekering ultimo 2016 (in mln euro)

Concern	Resultaat 2016	Bestemming lagere premie 2017	Bestemming toevoeging reserves	Overige bestemming
ASR	47	27	15	5 ¹
CZ	414	415	- 1	0
De Friesland	67	68	- 0	0
DSW	30	47	- 17	0
Eno	14	0	14	0
Menzis	103	167	- 64	0
ONVZ	34	44	- 10	0
Stad Holland	- 3	11	- 14	0
VGZ	236	332	- 85	0
Zilveren Kruis	189	326	- 137	0
Z&Z	31	41	9	0
Totaal	1.163	1.468	- 309	5

¹ Betreft vennootschapsbelasting.

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2016, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website. Totaal kan door afrondingsverschillen afwijken.

Vraag 49

Hoeveel geld aan reserves hebben de zorgverzekeraars in Nederland op dit moment?

Antwoord:

Uit de cijfers van de DNB blijkt dat de zorgverzekeraars per ultimo 2016 in totaal € 10.942 miljoen aan eigen vermogen hadden. Deze cijfers zijn niet gesplitst voor basis en aanvullende verzekeringen. Uit de transparantieoverzichten van de zorgverzekeraars zelf, die alleen gaan over de

basisverzekering, blijkt ultimo 2016 een aanwezig eigen vermogen van € 9.681 miljoen.

Vraag 50

Hoe hebben de reserves van zorgverzekeraars zich in de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

Antwoord:

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 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. Sinds 2015 presenteren zorgverzekeraars zelf wel al cijfers op basis van Solvency II basisverzekering op hun website.

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

Concern	2016 aanwezig	2016 vereist	Verschil	2016 ratio	2015 ratio
ASR	131	91	40	144%	146%
CZ	2.182	1.258	924	173%	169%
De Friesland	328	212	116	155%	156%
DSW	244	175	69	139%	152%
Eno	70	44	36	160%	108%
Menzis	1.100	898	202	123%	124%
ONVZ ¹	209	148	62	142%	166%
Stad Holland	44	28	16	144%	188%
VGZ ^{1 + 2}				149%	156%
Zilveren Kruis ³	2.852	1.697	1.155	168%	176%
Z&Z	320	204	116	157%	188%

¹ Conform het transparantieoverzicht jaarcijfers 2015 van VGZ en ONVZ betreffen de solvabiliteitsratio's van VGZ en ONVZ de basis- en aanvullende verzekering, en ontbreken de onderliggende cijfers.

² Conform het transparantieoverzicht jaarcijfers 2016 van VGZ betreft de solvabiliteitsratio van VGZ de basis- en aanvullende verzekering, en ontbreken de onderliggende cijfers.

³ Betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis.

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

Voor 2009 t/m 2015 zijn op macroniveau – uitgaande van Solvency I – de volgende cijfers in de statistieken van DNB beschikbaar. Omdat DNB voor gemengde entiteiten de solvabiliteit niet uitsplitst naar basis- en aanvullende verzekering, hebben de cijfers in onderstaand overzicht betrekking op de basis- en aanvullende verzekering samen. Grofweg kan ruim 80% worden toegerekend aan de basisverzekering.

De aanwezige en vereiste solvabiliteit wordt onder Solvency II op een andere wijze vastgesteld dan onder Solvency I. Hierdoor kunnen de cijfers op basis van Solvency II niet worden vergeleken met cijfers op basis van Solvency I.

Solvabiliteit Solvency I, basis- en aanvullende verzekering (bedragen x € 1 miljoen)

Jaar	Aanwezig	Vereist
2009	5.801	2.908
2010	6.545	3.390
2011	6.913	3.528
2012	7.921	4.241
2013	9.295	4.310
2014	10.584	4.400
2015 ¹	11.116	4.567

¹ Op basis van Solvency II bedraagt de aanwezige solvabiliteit ultimo 2015 circa € 9,9 miljard en de vereiste solvabiliteit circa € 6,3 miljard (bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers 2015).

Bron: DNB

Vraag 51

Hoe heeft de solvabiliteit van zorgverzekeraars zich in de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 50.

Vraag 52

Wat zouden de gevolgen zijn van het afhankelijk maken van een substantieel gedeelte van de overheidsbijdrage aan de Zorgverzekeringswet van kwaliteitsuitkomsten in de zorg?

Antwoord:

Allereerst hebben zorgverzekeraars al de mogelijkheid om binnen het huidige stelsel via contractering van aanbieders kwaliteitsuitkomsten te belonen. Dit kunnen verzekeraars en aanbieders onder meer doen door in contracten af te spreken om tarieven te differentiëren afhankelijk van de uitkomsten of hogere volumes toe te staan bij goede uitkomsten.

U vraagt mij wat de gevolgen zijn van het afhankelijk maken van een substantieel gedeelte van de overheidsbijdrage aan de Zvw van kwaliteitsuitkomsten in de zorg. Ter financiering van de uitgaven ontvangen verzekeraars een nominale premie, het eigen risico en eigen bijdragen. Daarnaast ontvangen zij een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (ZVF). Het doel van de vereveningsbijdrage is dat zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor verschillen in gezondheid als gevolg van een andere samenstelling van verzekerden. Deze systematiek zorgt voor een gelijk speelveld voor alle verzekeraars gegeven de acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie. De risicoverevening is een bijdrage aan zorgverzekeraars, niet aan zorgaanbieders. Verwerken van kwaliteitsuitkomsten via de risicoverevening is daarom niet mogelijk. Het ZVF wordt gevoed met de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB), een rijksbijdrage (louter ter compensatie voor de nominale premie voor kinderen onder de 18) en een tijdelijke rijksbijdrage HLZ (in verband met overhevelingen van ABWZ naar Zvw). Alleen de rijksbijdragen zijn bijdragen vanuit de VWS-begroting aan de Zvw. Er is op dit moment dus geen algemene rijksbijdrage die verhoogd of verlaagd kan worden. In de Zvw is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via de inkomensafhankelijke bijdrage als via de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage samen (de 50/50 verdeling). De bijdrage aan het zorgverzekeringsfonds door de overheid wordt niet op niveau van zorgsoorten of specifieke uitgaven toegekend. Om deze reden is het dan ook niet mogelijk om (anders dan via een fundamentele wijziging van de systematiek) een gedeelte van de bijdrage afhankelijk te maken van kwaliteitsuitkomsten.

Vraag 53

Is het technisch mogelijk om een substantieel gedeelte van de overheidsbijdrage aan de Zorgverzekeringswet afhankelijk te maken van kwaliteitsuitkomsten in de zorg?

Antwoord:

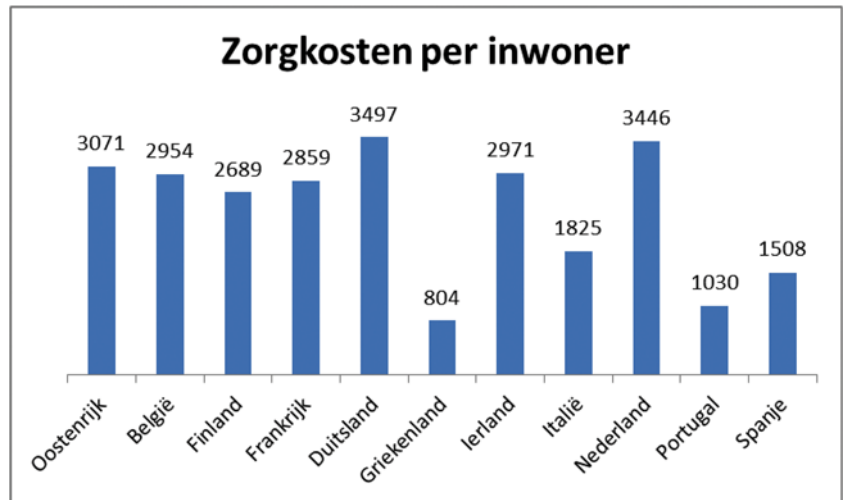
Zoals in vraag 52 aangegeven vergt het een fundamentele wijziging van de systematiek van de Zvw om een gedeelte van de overheidsbijdrage aan de Zvw afhankelijk te maken van kwaliteitsuitkomsten in de zorg. Wel kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling afspraken maken over het belonen van kwaliteitsuitkomsten.

Vraag 54

Hoe verhouden de zorgkosten per inwoner in Nederland zich tot de zorgkosten per inwoner in andere landen?

Antwoord:

In onderstaand overzicht zijn de uitgaven aan de zorg per inwoner in verschillende Europese landen opgenomen in euro's. Voor het onderscheid in cure en care verwijs ik naar het antwoord op vraag 20. Deze data zijn afkomstig van de OECD Health Database en hebben betrekking op 2015.



Vraag 55

Hoe verhoudt de betaalde zorgpremie per inwoner (aan zorgverzekeraars) in Nederland zich tot de betaalde zorgpremie (aan zorgverzekeraars) in andere landen?

Antwoord:

Landen kennen verschillende manieren om zorg collectief te financieren. In sommige landen dragen burgers voornamelijk bij aan collectieve zorglasten via algemene belastingmiddelen, in andere landen gaat dat voornamelijk via zorgverzekeraars (volksverzekeringen of private verzekering waarbij het verplicht is om een verzekering af te sluiten).

Nederland behoort tot die laatste groep landen, net als de andere landen uit de tabel hieronder. Onderstaande tabel geeft de uitgaven aan zorgpremiebetalingen weer per inwoner, uitgedrukt in Amerikaanse dollars op basis van koopkrachtpariteit. Hierdoor wordt gecorrigeerd voor verschillen in prijsniveaus tussen landen. Op deze manier vergelijkt de OESO deze bedragen. In Nederland vallen hier onder andere de

zorgpremie en de inkomensafhankelijke bijdrage onder. Een en ander is mede afhankelijk van bijdragen uit belastingen/algemene middelen. Nederland kent bijvoorbeeld de rijksbijdrage 18-, andere landen kennen ook bijdragen uit belastingen.

Land	Zorgpremiebetalingen per inwoner (in dollars)
België	\$ 2.827
Duitsland	\$ 4.168
Frankrijk	\$ 3.396
Nederland	\$ 3.782
Oostenrijk	\$ 2.284
Zwitserland	\$ 3.141

Vraag 56

Hoe verhoudt zich de via de belastingen opgebrachte zorggelden in Nederland zich tot de via belastingen opgebrachte zorggelden in andere landen? Welk percentage van het BBP zijn deze via de belasting opgebrachte zorggelden in Nederland en in andere landen?

Antwoord:

Landen kennen verschillende manieren om zorg collectief te financieren. In sommige landen dragen burgers voornamelijk bij aan collectieve zorglasten via algemene belastingmiddelen, in andere landen gaat dat voornamelijk via zorgverzekeraars (volksverzekeringen of private verzekering waarbij het verplicht is om een verzekering af te sluiten).

De exacte getallen die u vraagt, zijn niet te leveren. Wel geeft de OESO in *Health at a Glance* weer welk deel van de zorguitgaven uit welke financieringsbron komt. Zie daarvoor onderstaande tabel:

	Overheids-voorziening	Verplichte verzekering	Eigen betalingen	Vrijwillige verzekering	Overig
Nederland	5%	76%	12%	6%	1%
Duitsland	7%	78%	13%	1%	1%
Denemarken	84%	0%	14%	2%	0%
Zweden	83%	0%	16%	1%	1%
Ver. Koninkrijk	79%	0%	15%	4%	2%
Frankrijk	4%	75%	7%	14%	1%
België	11%	66%	18%	4%	0%
Oostenrijk	31%	45%	18%	5%	2%
Italië	76%	0%	22%	1%	1%
Spanje	65%	5%	25%	5%	0%

Vraag 57

Kunt u 5 voorbeelden geven van «revolutionaire» ideeën over zorgstelsels en de voordelen en nadelen van deze alternatieve stelsels kort benoemen?

Antwoord:

Zoals reeds aangegeven in het antwoord op vraag 548 uit de Begrotingsbehandeling voor het jaar 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11), zijn de uitdagingen waarmee Westerse landen te kampen hebben grotendeels hetzelfde. Door vergrijzing, de toename van chronische multimorbiditeit, en de uitbreiding van medisch-technologische mogelijkheden komen zorgstelsels steeds verder onder druk te staan, waardoor het bevorderen van de doelmatigheid een belangrijk thema is. Veel landen zijn bezig met het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg en het (her)organiseren van zorg zodat mensen meer regie krijgen en langer zelfredzaam zijn, ook door het gebruik van e-health.

Uit een onderzoek van de OESO blijkt dat het bereiken van deze doelen niet afhankelijk is van het type zorgstelsel. De OESO onderscheidt daarbij zes systemen. Het blijkt dat de doelmatigheid in alle landen verbeterd kan worden, en dat er geen type zorgstelsel stelselmatig beter presteert. De OESO geeft geen oordeel over de generieke voor- en nadelen van de verschillende stelsels, omdat de verschillen ook groot zijn tussen landen met gelijkaardige institutionele karakteristieken. Het geeft wel aan dat een «big bang approach» – het overstappen op een ander stelsel – waarschijnlijk weinig oplevert in termen van efficiëntie.

Bron: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kmfp51f5f9t-en.pdf?expires=1507286551&id=id&accname=guest&checksum=80DC7D325EBD1619EF38E4FC2988219A>

Vraag 58

Zijn er studies naar de impact van een onvoorwaardelijk basisinkomen (bijstandsniveau) op de zorgkosten? Hoeveel zouden de zorgkosten kunnen dalen en is het mogelijk om met deze daling een aanzienlijk deel van de kosten van een basisinkomen terug te verdienen?

Antwoord:

Naar mijn weten bestaan er geen studies naar het effect van het basisinkomen op de zorgkosten. Wel is de relatie tussen inkomen en zorggebruik uitgebreid onderzocht. De studies laten bijna zonder uitzondering zien dat mensen met een lager inkomen meer zorg gebruiken dan de hogere inkomens. In het onderzoek wordt de gezondheid van mensen met lage en hoge inkomens vergeleken. Uit dit onderzoek kan niet zondermeer worden geconcludeerd dat verhoging van het inkomen van de sociale minima de zorgconsumptie doet dalen.

Vraag 59

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn de afgelopen jaren teruggezet van Functie Waardering Gezondheidszorg (FWG) 15 naar FWG 10?

Antwoord:

Ik beschik niet over gegevens over hoeveel huishoudelijk verzorgenden de afgelopen jaren zijn teruggezet van FWG 15 naar FWG 10.

Vraag 60

Hoeveel en welke interim-managers zijn in 2017 werkzaam (geweest) uitgesplitst in alle zorgsectoren?

Antwoord:

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord gegeven op vraag 462 bij de vorige begrotingsbehandeling (TK, 34 550 XVI, nr 11). De situatie is in 2017 niet gewijzigd.

Vraag 61

Hoeveel topbestuurders kent Nederland, per sector geestelijke gezondheidszorg (ggz), Verpleeg- en Verzorgingshuizen (VVT), Gehandicaptenzorg (GHZ), Ziekenhuiszorg (ZKH) en wie zijn dit?

Antwoord:

Zoals vorig jaar in antwoord op vraag 463 bij de vorige begrotingsbehandeling (TK 34 550 XVI, nr. 11) is gemeld, hebben wij hier geen overzicht van.

Wel stuurt het kabinet op grond van artikel 7.1 van de WNT (Wet Normering Topinkomens) jaarlijks een overzicht van alle topinkomens in de publieke en semipublieke sector naar de Tweede Kamer. Volgens de rapportage van eind 2016 over het verslagjaar 2015 (TK 30 111, nr. 91) waren er in 2015 in totaal 921 bestuurders van Wtzi- instellingen (Wet

Toelating Zorginstellingen). Hierbij is geen verder onderscheid naar deelsectoren gemaakt.

Vraag 62

Wat is de salariëring van alle topbestuurders per naam en sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 36.

Vraag 63

Aan welke politieke partijen zijn de topbestuurders gelieerd, per naam en sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH?

Antwoord:

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord op vraag 50 bij de vorige begrotingsbehandeling (TK 34 450 XVI, nr. 11).

Vraag 64

Wat is het gemiddelde inkomen van medisch specialisten in de verschillende landen van Europa?

Antwoord:

Wat betreft de inkomens van medisch specialisten is de arbeidsvorm belangrijk voor de hoogte van het salaris. In onderstaand overzicht zijn de gemiddelde inkomens per arbeidsvorm gesplitst, niet gecorrigeerd voor koopkracht en prijsniveaus. Er is gebruik gemaakt van de meest recente cijfers van elk land. Bij de meeste landen zijn dit gegevens uit 2014 of 2015, behalve bij de inkomens van de zelfstandigen uit Frankrijk, Duitsland en Oostenrijk. De meest recente data hierover is afkomstig uit 2011 voor Duitsland en Frankrijk, en 2013 voor wat betreft Oostenrijk. Deze data is afkomstig van de OECD Health Database.

Landen	In dienst	Zelfstandig
Oostenrijk	Niet beschikbaar	€ 161.563
België	Niet beschikbaar	€ 256.293
Frankrijk	€ 80.051	€ 168.400
Duitsland	€ 133.100	€ 181.000
Italië	€ 71.715	Niet beschikbaar
Luxemburg	€ 258.552	€ 362.207
Nederland	€ 154.757	€ 194.900
Spanje	€ 64.172	Niet beschikbaar

Vraag 65

Aan welke patiëntenorganisaties zijn de topbestuurders gelieerd, per naam en sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH?

Antwoord:

Ik verwijs hiervoor naar het antwoord gegeven op vraag 51 bij de vorige begrotingsbehandeling (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 66

Hoeveel hbo-verpleegkundigen zijn er in 2017 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Het aantal hbo-verpleegkundigen in 2015 wordt op basis van cijfers van het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn geschat op 58.584. Nieuwere data is op dit moment nog niet beschikbaar. De verdeling van het aantal

hbo-verpleegkundigen over de verschillende sectoren is volgens het onderzoeksprogramma (2015):

Umc's	Algemene en overige ziekenhuizen	GGZ	V&V	Thuiszorg	Gehandicap-tenzorg	Huisartsen en gezondheids-centra	Overige zorg	Welzijn en maatschap-pelijke dienst-verlening	Jeugd-zorg	Totaal
8.261	17.525	9.077	3.306	8.402	5.267	2.950	3.248	439	108	58.584

Vraag 67

Hoeveel mbo-verpleegkundigen zijn er in 2017 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Het aantal mbo-verpleegkundigen in 2015 wordt op basis van cijfers van het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn geschat op 142.334. Nieuwere data is op dit moment nog niet beschikbaar. De verdeling van het aantal mbo-verpleegkundigen over de verschillende sectoren is volgens het onderzoeksprogramma (2015):

Umc's	Algemene en overige ziekenhuizen	GGZ	V&V	Thuiszorg	Gehandicap-tenzorg	Huisartsen en gezondheids-centra	Overige zorg	Welzijn en maatschap-pelijke dienst-verlening	Jeugd-zorg	Totaal
8.385	47.115	12.730	23.686	14.222	17.119	2.478	14.520	1.864	216	142.334

Vraag 68

Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er in 2017 werkzaam in de thuiszorg?

Antwoord:

Volgens het onderzoek «Vraag en aanbod wijkverpleegkundigen 2015–2019» waren in 2015 zo'n 8.800 hbo-wijkverpleegkundigen werkzaam. Cijfers over 2017 (en 2016) zijn niet beschikbaar.

Vraag 69

Wat is het gemiddelde inkomen van huisartsen in de verschillende landen van Europa?

Antwoord:

Wat betreft de inkomens van huisartsen is de arbeidsvorm belangrijk voor de hoogte van het salaris. In onderstaand overzicht zijn de gemiddelde inkomens per arbeidsvorm gesplitst, ongecorrigeerd voor koopkracht en prijsniveaus. Er is gebruik gemaakt van de meest recente cijfers van elk land. Bij de meeste landen zijn dit gegevens uit 2014 of 2015, behalve bij de inkomens van de zelfstandigen uit Frankrijk, Duitsland en Oostenrijk. De meest recente data hierover is afkomstig uit 2011 voor Duitsland en Frankrijk, en 2013 voor wat betreft Oostenrijk. Deze data is afkomstig van de OECD Health Database.

Landen	In dienst	Zelfstandig
Oostenrijk	Niet beschikbaar	€ 105.781
België	Niet beschikbaar	€ 103.021
Frankrijk	Niet beschikbaar	€ 101.800
Duitsland	Niet beschikbaar	€ 138.000
Luxemburg	€ 322.196	€ 169.181
Nederland	€ 98.809	€ 113.200
Spanje	€ 56.258	Niet beschikbaar

Vraag 70

Hoeveel verzorgenden IG zijn er in 2017 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector? Hoeveel verzorgenden zijn er in 2017 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector? Hoeveel helpenden zijn er in 2017 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar specifiek over het aantal werkzame verzorgenden IG.

Het aantal verzorgenden in 2015 wordt op basis van cijfers van het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn geschat op 175.778. Nieuwere data is op dit moment nog niet beschikbaar. De verdeling van het aantal verzorgenden over de verschillende sectoren is volgens het onderzoeksprogramma (2015):

Umc's	Algemene en overige ziekenhuizen	GGZ	V&V	Thuiszorg	Gehandicap- tenzorg	Huisartsen en gezondheids- centra	Overige zorg	Welzijn en Jeugdzorg maatschap- pelijke dienstver- lening	Totaal	
123	3.937	2.214	89.098	58.791	9.697	236	4.776	6.797	108	175.778

Het aantal helpenden in 2015 wordt op basis van cijfers van het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn geschat op 35.219. Nieuwere data is op dit moment nog niet beschikbaar. De verdeling van het aantal helpenden over de verschillende sectoren is volgens het onderzoeksprogramma (2015):

Umc's	Algemene en overige ziekenhuizen	GGZ	V&V	Thuiszorg	Gehandicap- tenzorg	Huisartsen en gezondheids- centra	Overige zorg	Welzijn en Jeugdzorg maatschap- pelijke dienstver- lening	Totaal	
247	3.556	443	20.317	6.842	2.035	0	573	1.206	0	35.219

Vraag 71

Hoeveel alfahulpen waren/zijn werkzaam in de jaren 2007 t/m 2017?

Antwoord:

De diensten van alfahulpen worden direct ingekocht door de cliënt. Het aantal alfahulpen wordt zodoende niet centraal geregistreerd.

Vraag 72

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden waren/zijn werkzaam in de jaren 2007 t/m 2017?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar van het aantal huishoudelijke verzorgenden. Er werken ook mensen als huishoudelijke hulp zonder een formele kwalificatie en deze worden niet geregistreerd. De onderstaande tabel – op basis van cijfers van het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn – laat de ontwikkeling zien van het totaal aantal zorghulpen en helpenden, werkzaam in de VVT van 2007 tot en met 2015 (cijfers over 2016 en 2017 zijn nog niet beschikbaar). Dit is een indicatie van het aantal huishoudelijke hulpen. In werkelijkheid zal het aantal hoger zijn.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Zorghulpen & helpenden	30.306	29.399	31.819	33.872	34.721	35.247	34.360	35.989	33.781

Vraag 73

Hoeveel medisch specialisten, uitgesplitst per beroep zijn er in 2017 werkzaam in de zorg?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal werkzame medisch specialisten per 1 januari 2017 weergegeven.

<i>Specialisme</i>	<i>Aantal</i>
Anesthesiologie	1.606
Cardiologie	1.046
Cardio-thoracale chirurgie	122
Dermatologie, venerologie	538
Heelkunde	1.275
Interne geneeskunde	2.143
Keel-neus-oorheelkunde	510
Kindergeneeskunde	1.422
Klinische genetica	161
Klinische geriatrie	268
Longziekten en tuberculose	617
Maag-darm-leverziekten	479
Medische microbiologie	289
Neurochirurgie	139
Neurologie	935
Nucleaire geneeskunde	167
Obstetrie en gynaecologie	1.028
Oogheelkunde	654
Orthopedie	782
Pathologie	410
Plastische chirurgie	290
Psychiatrie	3.289
Radiologie	1.206
Radiotherapie	303
Reumatologie	291
Revalidatiegeneeskunde	556
Sportarts	145
Urologie	436

Vraag 74

Hoeveel verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen zijn er werkzaam in 2017?

Antwoord:

In 2015 waren er 3.150 verloskundigen (NIVEL) en 9.960 kraamverzorgenden (Pensioenfonds Zorg en Welzijn) werkzaam. Meer recente cijfers zijn niet beschikbaar. Op 1 januari 2017 waren er 1.028 gynaecologen (Capaciteitsorgaan) werkzaam.

Vraag 75

Hoeveel huisartsen zijn er in totaal?

Antwoord:

Uit de gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten blijkt dat het aantal geregistreerde huisartsen op 1 januari 2017 in totaal 13.052 bedroeg. Op peildatum 1 januari 2017 waren er naar schatting 9.862 werkzame gevestigde huisartsen en 2.251 waarnemers.

Vraag 76

Hoeveel verpleeghuisartsen werken er in 2017 in Nederland?

Antwoord:

Per 1 januari 2017 waren er 1.622 specialisten ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisartsen) in Nederland werkzaam.

Vraag 77

Hoeveel nurse practitioners en nurse physicians werken er in Nederland?

Antwoord:

Er zijn 3061 verpleegkundig specialisten (nurse practitioners) ingeschreven in het BIG-register. Physician assistants (PA's) zijn niet in het BIG-register opgenomen. De exacte aantallen van werkzame PA's zijn niet te geven. Inschrijving bij de beroepsvereniging NAPA (Nederlandse Associatie van Physician Assistants) is geen verplichting en evenmin is uit te sluiten dat mensen wel geregistreerd staan als PA in het register van de beroepsvereniging, maar inmiddels niet meer werkzaam zijn. Het geschatte aantal werkende PA's is ruim 1000.

Vraag 78

Hoeveel tandartsen en mondhygiënisten werken er in Nederland?

Antwoord:

Volgens de Staat van Volksgezondheid en Zorg waren er in 2015 7.835 tandartsen werkzaam in Nederland. Dit is het meest actuele cijfer.

Op 6 oktober 2017 stonden er 10.889 tandartsen geregistreerd in het BIG-register.

De exacte aantallen van werkzame mondhygiënisten is niet te geven. Inschrijving bij de beroepsvereniging is geen verplichting en evenmin is uit te sluiten dat mensen wel in het register van de beroepsvereniging staan als mondhygiënist, maar inmiddels niet meer werkzaam zijn. Het geschatte aantal werkende mondhygiënisten is 3.500–3.600.

Vraag 79

Hoeveel anesthesisten werken er in 2015 in Nederland?

Antwoord:

Per 1 januari 2015 waren 1.550 anesthesisten in Nederland werkzaam.

Vraag 80

Hoeveel zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) werken jaarlijks in de zorg per sector?

Antwoord:

Uit gegevens van CBS-statline blijkt dat er in 2015 87.700 zelfstandigen zonder personeel in de gezondheids- en welzijnszorg actief waren. Over een uitsplitsing per sector, of een andere uitsplitsing, in de zorg heb ik geen gegevens. Het betreft een brede groep, uiteenlopend van mensen die ondersteuning aanbieden in de huishouding tot aan medisch specialisten.

Vraag 81

Wat kosten de zzp'ers jaarlijks?

Antwoord:

Over de jaarlijkse kosten van zzp'ers heb ik geen gegevens.

Vraag 82

Hoeveel bemiddelingsbureaus zijn er in Nederland die zzp'ers inzetten voor de zorg.

Antwoord:

In het rapport «Opdrachtbemiddeling in de zorg, Onderzoek onder bemiddelaars en zzp'ers» wordt uitgegaan van ruim 1.100 bemiddelings-

bureaus die hebben aangegeven te bemiddelen in het zorg- en welzijnsdomein.

Vraag 83

Hoeveel tandartsen zijn er in Nederland werkzaam, zowel Nederlandse als buitenlandse tandartsen? Hoeveel zijn er in 2017 nieuw opgeleid, hoeveel zijn er vanuit het buitenland ingestroomd in de Nederlandse arbeidsmarkt?

Antwoord:

Volgens de Staat van Volksgezondheid en Zorg waren er in 2015 7.835 tandartsen werkzaam in Nederland. Dit is het meest actuele cijfer. Hierbij wordt niet geregistreerd om hoeveel buitenlandse tandartsen het gaat.

Op 6 oktober 2017 stonden er 10.889 tandartsen geregistreerd in het BIG-register. Daarvan hebben 8.487 tandartsen een Nederlands diploma, 1.898 tandartsen hebben een buitenlands diploma en van 504 tandartsen is het land van diplomering onbekend (de diplomagegevens worden op dit moment verrijkt door het CIBG).

Er zijn in 2017 in totaal 290 nieuwe inschrijvingen van tandartsen in het BIG-register, waarvan 123 met een niet-Nederlands diploma.

Vraag 84

Hoe vaak is tuberculose (tbc), schurft of een andere besmettelijke ziekte geconstateerd bij asielzoekers of statushouders en hoeveel hebben daarvoor in quarantaine gezeten? Welke behandelingskosten zijn hiervoor gemaakt?

Antwoord:

In 2016 is bij asielzoekers in de COA-opvang 95 keer tuberculose vastgesteld. Clusters van niet-meldingsplichtige ziekten, zoals schurft worden wel aan de GGD gemeld, maar niet aan het RIVM. Ik kan daarover, zoals ik vorig jaar gemeld heb, dus niet over rapporteren. Bij ongeveer 160 mensen is een andere infectieziekte dan tuberculose vastgesteld, meestal chronische hepatitis B of malaria. Er hebben geen mensen in quarantaine gezeten, daar was geen aanleiding toe. Gegevens over statushouders zijn niet te herleiden uit het surveillancesysteem voor meldingsplichtige ziekten.

Een overzicht van de beschikbare budgetten voor opvang van asielzoekers vindt u in artikel 37 van de Rijksbegroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. De behandelingskosten voor asielzoekers worden door VWS niet als aparte kostenpost bijgehouden.

Vraag 85

Hoeveel opleidingsplaatsen zijn er in 2017 bijgekomen, uitgesplitst naar artsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants?

Antwoord:

De aantallen beschikbaar gestelde opleidingsplaatsen voor 2017 zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Opleiding	Aantal plaatsen
Basisopleiding geneeskunde ¹	3.050
Huisarts	750
Medisch specialist	1.113
Arts spoedeisende hulp (SEH-arts)	40
Specialist ouderengeneeskunde	128
Arts verstandelijk gehandicapten	24
Sociaal geneeskundigen	189
Verpleegkundig specialisten, physician assistants ¹	700, de verdeling van deze plaatsen over de beide categorieën hbo-zorgmasters wordt in samenspraak met de hogescholen en zorginstellingen bepaald.

¹ Studietoestand 2017/2018.

Vraag 86

Hoe hoog is het ziekteverzuim onder zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

Het gemiddelde ziekteverzuimpercentage in de gezondheids- en welzijnssector over het jaar 2016 is 5,1. Uitgesplitst naar de verschillende bedrijfstakken is het gemiddeld ziektepercentage:

Gezondheidszorg	4,3
Ziekenhuizen	4,8
Verpleging en verzorging met overnachting	6,0
Welzijnszorg zonder overnachting	5,6

(bron: Centraal Bureau voor de Statistiek).

Vraag 87

Wat is de gemiddelde uittredleeftijd van zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

Op basis van de meest recente voorlopige cijfers van CBS-statline is de gemiddelde uittredleeftijd in de zorg over de periode september 2015-september 2016 63,6 jaar. Een uitsplitsing naar deelsector is niet beschikbaar.

Vraag 88

In welke regio's is er een tekort aan zorgpersoneel, en aan welk zorgpersoneel?

Antwoord:

In alle regio's is in meer of mindere mate een tekort aan zorgpersoneel. Dit betreft voornamelijk wijkverpleegkundigen, verzorgenden IG en gespecialiseerd verpleegkundigen in de acute zorg.

Vraag 89

Hoeveel mensen zijn geregistreerd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en hoeveel mensen zijn dit per beroepsgroep?

Antwoord:

Aantal BIG-geregistreerden in 2017:

Beroep	Aantal
Apothekers	5.305
Artsen	86.712
Fysiotherapeuten	36.799
Gz-psychologen	14.481
Tandartsen	10.889
Verloskundigen	4.383
Verpleegkundigen	202.175
Psychotherapeuten	4.522
Totaal	365.266

Vraag 90

Uit welke landen wordt buitenlands personeel aangetrokken om te werken in de zorg in Nederland?

Antwoord:

Van over de hele wereld kunnen mensen in Nederland komen werken in de zorg mits zij aan de Nederlandse kwaliteitseisen zoals de Nederlandse opleidingseisen en BIG-(her)registratie-eisen voldoen. Het meeste buitenlandse zorgpersoneel komt uit de Europese Economische Ruimte (EER) landen.

Vraag 91

Waarom wordt er met buitenlands personeel gewerkt in de Nederlandse zorg?

Antwoord:

Er kunnen verschillende redenen zijn om met buitenlands personeel te werken, bijvoorbeeld omdat buitenlandse zorgverleners in Nederland zijn komen wonen, maar ook om tekorten in zorgpersoneel op te vangen. Deze redenen worden echter niet geadministreerd. Buitenlands personeel van binnen de Europese Economische Ruimte (EER) stroomt gemakkelijker in omdat er vrij verkeer van personen en van diensten bestaat. Zorgverleners uit EER-landen van in Nederland niet gereguleerde beroepen kunnen zonder belemmeringen in de Nederlandse zorg aan de slag. Zorgverleners uit EER-landen van in Nederland gereguleerde beroepen, zoals artsen en verpleegkundigen, moeten voldoen aan de eisen zoals gesteld in de Wet BIG. Die eisen hebben betrekking op de opleiding, de werkervaring en de beheersing van de Nederlandse taal.

Vraag 92

Hoeveel en welke zorgorganisaties maken gebruik van een au pair regeling, als het gaat om zorg?

Antwoord:

Als het om het verlenen van zorg gaat, kan geen gebruik worden gemaakt van de au-pairregeling.

Vraag 93

Hoeveel waarschuwingen heeft Nederland ontvangen en gegeven aan andere lidstaten over zorgverleners die niet meer mogen werken vanwege eerdere incidenten?

Antwoord:

Sinds de inwerkingtreding van het Europese waarschuwingsmechanisme op 18 januari 2016 tot en met 4 oktober 2017 heeft Nederland 56 meldingen verstuurd en 19.257 meldingen uit andere Europese lidstaten ontvangen over zorgverleners met een gehele of gedeeltelijke beperking in de bevoegdheid om het beroep uit te oefenen. Van de 19.257

meldingen zijn 13.060 meldingen gedaan door het Verenigd Koninkrijk (VK). In het VK is het mogelijk om een voorlopige schorsing op te leggen om nader onderzoek te kunnen doen. Hiervan maken de bevoegde autoriteiten in het VK veel gebruik.

Vraag 94

Welke besparing op personeelskosten moet buitenlands personeel opleveren in verhouding tot Nederlands personeel?

Antwoord:

Geen. Voor het kabinet staat de kwaliteit van zorgverleners voorop. Buitenlandse zorgverleners moeten aan dezelfde kwaliteitseisen voldoen als gesteld aan Nederlandse zorgverleners.

Vraag 95

Welke maatregelen treft de regering om de agressie tegen hulpverleners in de zorg aan te pakken?

Antwoord:

De afgelopen vijf jaar hebben werknemers -en werkgeversorganisaties en het kabinet (VWS, BZK en V&J) agressie tegen hulpverleners in de zorg bestreden met uiteenlopende maatregelen van het actieplan Veilig Werken in de Zorg. Het kabinet heeft bijvoorbeeld anonieme aangifte (aangifte onder nummer) door de werkgever mogelijk gemaakt. De instrumenten, campagnematerialen, good practices en scholingsmaterialen van het actieplan blijven beschikbaar op de website duidelijk-overagressie.nl. Branches voeren daarnaast ook hun eigen sector specifieke beleid om agressie aan te pakken.

Vraag 96

Hoe wordt gecontroleerd of zorgverleners die werkzaam zijn in de zorg daadwerkelijk geregistreerd staan in het BIG-register?

Antwoord:

Ik verwijs u naar het antwoord op vraag 80 uit de schriftelijke vragen naar aanleiding van de VWS-begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 97

Hoe groot zijn de wachtlijsten voor de hbo-verpleegkundige opleiding?

Antwoord:

Deze hbo-opleiding kent geen wachtlijsten. De hbo-bacheloropleiding tot verpleegkundige wordt door 17 hogescholen in voltijds variant aangeboden. In aanloop naar het huidige studiejaar (studiejaar 2017/2018) hebben 5 hogescholen een numerus fixus gevoerd voor de voltijds opleidingsvariant. Bij de 12 hogescholen waar geen fixus gold, konden kandidaat-studenten, mits voldaan aan de vooropleidingseisen, beginnen zonder selectie.

Ook voor het studiejaar 2018–2019 zal een aantal hogescholen een numerus fixus hanteren. Een kandidaat-student kan altijd terecht bij de overige hogescholen voor de voltijds variant, zonder selectie.

Vraag 98

Zijn er wachtlijsten voor andere zorgberoepen? Zo ja, welke?

Antwoord:

Ik neem aan dat u doelt op wachtlijsten voor opleidingen. Voor de door VWS bekostigde opleidingen (o.a. de medisch specialistische vervolgop-

leidingen en de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant) zijn die er niet.

Voor de initiële opleidingen op het terrein van zorg en welzijn verwijs ik u naar de Minister van OCW.

Vraag 99

Hoeveel opleidingsplekken zijn er in Nederland voor zorgopleidingen en voor welke niveaus?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de bekostiging van diverse vervolgoopleidingen in de zorgsector. De aantallen opleidingsplekken in Nederland voor gesubsidieerde vervolgoopleidingen in de zorgsector in 2017 zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Opleiding	Aantal plaatsen
Medisch specialist c.a.	7.206 ¹
Huisarts	2.360 ²
Specialist ouderengeneeskunde	363 ²
Arts verstandelijk gehandicapten	54 ²
Sociaal geneeskundige	214 ¹
GGZ	1.647 ¹
Verpleegkundig specialist, physician assistant	1.098 ²

¹ In fte.

² In personen.

Voor nadere informatie over aantallen opleidingsplekken op MBO- en HBO-niveau en de initiële opleidingen op WO-niveau, verwijs ik u naar de Minister van OCW.

Vraag 100

Hoeveel zorgverleners zijn in 2017 ontslagen vanwege bezuinigingen, uitgesplitst per zorgsector en beroep? Wat zijn de cijfers van voorgaande jaren?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal zorgverleners dat is ontslagen vanwege bezuinigingen.

Vraag 101

Hoeveel zorgverleners die in de afgelopen jaren ontslagen zijn hebben inmiddels weer een baan (in de zorg) kunnen vinden?

Antwoord:

Ik beschik niet over gegevens over het aantal zorgverleners dat een baan heeft gevonden na ontslag in de afgelopen jaren.

Vraag 102

Hoeveel werkzoekenden zijn er in de zorg per sector en functieniveau?

Antwoord:

Bij het UWV stonden in augustus 2017 55.140 mensen met een zorg- of welzijnsberoep ingeschreven als werkzoekend. Dit waren 21.048 lager opgeleiden (zonder startkwalificatie), 20.603 middelbaar opgeleiden (mbo 2, 3, 4 en havo/vwo) en 13.256 hoger opgeleiden (hbo of WO). Van 232 mensen was het opleidingsniveau onbekend. Werkzoekenden kunnen niet uitgesplitst worden naar sector.

Vraag 103

Hoeveel mensen maken vanaf 2017 gebruik van Wlz, in aantallen?

Antwoord:

Op 1 april 2017 hadden 289.084 mensen een indicatie voor de Wlz (bron: CIZ).

Vraag 104

Hoeveel mensen maken vanaf 2017 gebruik van de Wmo, in aantallen?

Antwoord:

Het totaal aantal mensen dat ondersteuning krijgt op basis van de Wmo 2015 is op landelijk niveau niet bekend. Gemeenten bieden een diversiteit aan algemeen toegankelijke en individuele maatwerkvoorzieningen op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning.

Over gebruik van *algemene* voorzieningen bestaan geen landelijke cijfers. Over de ontwikkelingen in het gebruik van *individuele maatwerkvoorzieningen*, uitgesplitst naar typen voorzieningen, wordt gerapporteerd in de Overall rapportage sociaal domein van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). De eerste rapportage is op 13 mei 2016 aan de Tweede Kamer aangeboden (TK 2015–2016, 34 477, nr. 1) en bevat onderstaande landelijke cijfers. Deze aantallen zijn gebaseerd op de CAK-registratie en betreffen alleen cliënten met een maatwerkvoorziening waarvoor gemeenten een eigen bijdrage in rekening brengen. Deze gegevens moeten bovendien als voorlopig worden aangemerkt. Het SCP geeft daarom aan dat terughoudendheid geboden is bij de interpretatie van deze uitkomsten. De tweede Overall rapportage sociaal domein zal in december 2017 worden aangeboden en bevat landelijke cijfers over 2016. Over 2017 zijn nog geen gegevens bekend.

Gebruik Wmo-maatwerkvoorzieningen (CAK-gegevens, aantallen op 1 juli 2015):

1. huishoudelijke hulp (ongeveer 347.000 cliënten);
2. ondersteuning thuis: begeleiding, dagbesteding en overige individuele en groepsgerichte ondersteuning (ongeveer 137.000 cliënten);
3. hulpmiddelen en diensten: woondiensten, woonvoorzieningen, vervoersdiensten, vervoersvoorzieningen en hulpmiddelen (ongeveer 115.000 cliënten);
4. verblijf: beschermd wonen (19.000 cliënten).

Vraag 105

Hoeveel mensen maken vanaf 2017 gebruik van de Zvw, in aantallen?

Antwoord:

De laatste raming van het aantal Zvw-verzekerden door het Zorginstituut bedraagt 17.010.978 verzekerden voor 2017, stand september 2017.

Vraag 106

Hoeveel mensen maken vanaf 2017 gebruik van zorg vanuit de verschillende domeinen, Zvw, Wmo, Wlz en jeugdzorg?

Antwoord:

Zie het antwoord op de vragen 103 (Wlz), 104 (Wmo 2015), 105 (Zvw) en 112 (jeugdzorg).

Vraag 107

Hoeveel mensen maken gebruik van huishoudelijke verzorging?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 108
Hoeveel mensen maken gebruik van dagbesteding?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 109
Hoeveel mensen maken gebruik van begeleiding?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 110
Hoeveel mensen maken gebruik van begeleiding in combinatie met persoonlijke verzorging?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 111
Hoeveel mensen maken gebruik van beschermd wonen?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 112
Hoeveel kinderen maken gebruik van de jeugdzorg en jeugd ggz?

Antwoord:
In 2016 hebben 388 655 kinderen een vorm van jeugdhulp, jeugdbescherming en of jeugdreclassering ontvangen.

1.4.1 Samenloop jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering naar leeftijdscategorie, 2016^{*)}

	Totaal	0 tot en met 3 jaar	4 tot en met 11 jaar	12 tot en met 17 jaar	18 tot en met 22 jaar
aantal jongeren					
Alleen jeugdhulp	342 975	19 940	178 780	134 730	9 525
Alleen jeugdbescherming	8 715	1 700	3 870	3 145	
Alleen jeugdreclassering	5 400			2 580	2 820
Jeugdhulp en jeugdbescherming	29 315	3 780	12 995	12 545	
Jeugdhulp en jeugdreclassering	3 695			2 955	735
Jeugdbescherming en jeugdreclassering	230			230	
Jeugdhulp en jeugdbescherming en jeugdreclassering	1 335			1 335	

Bron: CBS.

^{*)} Jongeren die in 2016 jeugdhulp, jeugdbescherming of jeugdreclassering hadden.

Bron: CBS Rapportages Jeugdhulp en Jeugdbescherming en -reclassering 2016

In de cijfers wordt alleen onderscheid gemaakt tussen jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Het aantal kinderen die Jeugd GGZ ontvangen wordt hierin niet apart bijgehouden.

Vraag 113
Hoeveel mensen maken gebruik van ziekenhuiszorg?

Antwoord:
Op basis van de nog voorlopige realisatiecijfers over 2016 laten gegevens van Vektis zien dat het aantal patiënten dat gebruik maakt van ziekenhuiszorg in dat jaar circa 6,8 miljoen bedroeg.

Vraag 114

Hoeveel mensen maken gebruik van Wijkverpleging?

Antwoord:

In 2016 ging het om 540.952 mensen.

Vraag 115

Hoeveel mensen wonen in een verzorgingshuis?

Antwoord:

In 2016 bedroeg het aantal cliënten in een instelling met verzorgingshuiszorg (zonder behandeling) circa 46 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 16,7 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 116

Hoeveel mensen wonen in een verpleeghuis?

Antwoord:

In 2016 bedroeg het aantal cliënten in een instelling met verpleeghuiszorg (met behandeling) circa 80 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 29,3 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 117

Hoeveel mensen wonen in een beschermd woonvorm?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 118

Hoeveel mensen wonen in een instelling voor gehandicaptenzorg?

Antwoord:

In 2016 bedroeg het aantal cliënten in een instelling voor gehandicaptenzorg circa 74 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 27 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 119

Hoeveel mensen wonen in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

Er zijn drie groepen volwassen cliënten die voor korte of langere duur verblijven in een GGZ-instelling. In Marktscan GGZ 2016 (p. 11, 12 en 17) geeft de NZa per groep het aantal cliënten aan die op enig moment in een jaar zijn opgenomen:

- Allereerst zijn er circa 710.000 cliënten die gebruik maakten van gespecialiseerde ggz (in jaar 2014, Zvw-domein), waarvan 8,6% (circa 61.000 cliënten) ook in een instelling verbleven. De groep die is opgenomen had een gemiddelde verblijfsduur van 60 dagen.
- De tweede groep is de groep die langer dan 1 jaar in een GGZ-behandelcentrum is opgenomen. In 2015 waren er circa 8.800 ggz-clianten die op enig moment in het jaar langer dan 1 jaar waren

opgenomen. Van deze groep kregen 1.100 cliënten zorg uit de Zvw en 7.700 cliënten zorg uit de Wlz (GGZ-B/voortgezet verblijf).

- De derde groep is de groep die beschermd woont vanuit de Wmo. Het gaat om ca. 20.000 unieke cliënten per jaar (in 2014).

U treft de marktscan van de NZa aan op: https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_ggz_2016

Vraag 120

Hoeveel mensen maken gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

Ik heb u in december 2016 de «Landelijke Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige ggz» aangeboden (Kamerstukken II, 25 424, nr. 337).

Ik verwijst u voor de precieze aantallen cliënten dat in 2015 gebruik heeft gemaakt van de ambulante ggz, naar pagina 21 en verder van deze monitor.

Vraag 121

Hoeveel jeugdigen maken vanaf 2017 gebruik van de Jeugdwet, in aantallen?

Antwoord:

De cijfers over het jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering-gebruik in 2017 zijn nog niet beschikbaar. Eind oktober publiceert het CBS deze cijfers op de website van de Jeugdmonitor (<http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-nl/>). Uw Kamer informeer ik hierover middels de Voortgangsrapportage in november.

Vraag 122

Hoeveel DOT's zijn er geopend in 2017, uitgesplitst per specialisme?

Antwoord:

Gegevens van Vektis laten zien dat er in 2017 tot en met peildatum 31 juli circa 8 miljoen DBC's zijn geopend. Een uitsplitsing naar specialisme is niet beschikbaar. Dit cijfer is voor een deel gebaseerd op DBC's die als declaratie in de database van Vektis zijn opgenomen. Voor een ander deel betreft het informatie over het onderhanden werk, die de zorgaanbieders aan de zorgverzekeraars leveren. Beide informatiestromen geven echter geen compleet beeld. Het werkelijke aantal geopende DBC's ligt daarom hoger.

Vraag 123

Hoeveel personen hebben een zorg met verblijf indicatie?

Antwoord:

Op 1 april 2017 hadden 289.084 mensen een indicatie voor de Wlz (bron: CIZ). Dit is een indicatie voor zorg met verblijf.

Vraag 124

Hoeveel personen hebben een zorg zonder verblijf indicatie?

Antwoord:

Er worden na 1 januari 2015 geen indicaties «zorg zonder verblijf» meer afgegeven. Een deel van de ondersteuning op grond van de Wmo 2015 is te scharen onder de term «zorg zonder verblijf». Zie voor aantallen met betrekking tot deze ondersteuning het antwoord op vraag 104.

Vraag 125

Kunt u een overzicht geven van de vermogensontwikkeling van verpleeghuizen, verzorgingshuizen, gehandicapteninstellingen, thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen van 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017?

Antwoord:

In de onderstaande tabel treft u een overzicht van de ontwikkeling van het eigen vermogen, uitgesplitst naar zorgsector. De cijfers zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De cijfers over 2015 zijn voorlopig. Cijfers over 2016 en 2017 zijn nog niet beschikbaar.

Eigen vermogen x € 1 miljoen (bron: CBS)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Universitair medische centra</i>	1.089	1.215	1.497	1.637	1.836	2.064
<i>Algemene ziekenhuizen</i>	2.006	2.297	2.625	3.100	3.409	3.688
<i>Categorale ziekenhuizen</i>	236	260	288	319	339	403
<i>GGZ met overnachting¹</i>	894	1.014	1.121	1.188	1.228	1.311
<i>Gehandicaptenzorg</i>	1.424	1.625	1.865	1.994	2.213	2.451
<i>Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg</i>	3.005	3.340	3.802	4.072	4.355	4.524

¹ Tot en met 2014: geestelijke gezondheidszorg.

Ter toelichting: de cijfers over 2015 zijn niet zonder meer te vergelijken met die van voorgaande jaren. Vanaf 2015 wordt de voormalige AWBZ-zorg gefinancierd uit andere wetten: Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Jeugdwet. De opbrengstenstructuur van zorginstellingen is daardoor gewijzigd en om die reden is het CBS overgegaan op een nieuwe StatLine-tabel met cijfers vanaf verslagjaar 2015. Vanaf 2015 is ook overgestapt op een volledige dekking van de beschouwde SBI-classes inclusief privaatgefinancierde zorg en kleine ondernemingen. Van de kleine ondernemingen worden slechts enkele variabelen omtrent werknemers en zelfstandigen meegenomen. Verder zijn vanaf 2015 de dagbehandelcentra voor geestelijke gezondheidszorg uit de populatie verwijderd.

Vraag 126

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

Antwoord:

In de onderstaande tabel treft u een overzicht van het aantal uitgesproken faillissementen in de maanden januari tot en met augustus 2017, uitgesplitst naar zorgsector. De cijfers zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het betreft voorlopige cijfers.

Uitgesproken faillissementen zorgsector t/m augustus 2017 (Bron: CBS)

	Natuurlijke personen met eenmanszaak	Bedrijven en instellingen	Totaal
Gezondheidszorg			
<i>Ziekenhuizen</i>	0	1	1
<i>Medische praktijken</i>	1	11	12
<i>Overige ambulante gezondheidszorg</i>	1	20	21
Verpleging en zorg met overnachting			
<i>Verpleeghuizen</i>	0	1	1
<i>Huizen verstandelijk gehandicapten</i>	1	2	3
<i>Huizen lichamelijk gehandicapten</i>	0	1	1
<i>Welzijnszorg met overnachting</i>	0	0	0
Welzijnszorg zonder overnachting			
<i>Welzijnswerk ouderen, gehandicapten</i>	3	12	15
<i>Kinderopvang, jeugd- en welzijnswerk</i>	5	25	30

Ter toelichting: Het CBS hanteert een hiërarchische indeling van economische activiteiten die wordt gebruikt om bedrijven in te delen naar hun hoofdactiviteit. Een nadere uitsplitsing van de in het overzicht weergegeven categorieën is niet voorhanden. Zodoende omvat de categorie «Welzijnszorg zonder overnachting» ook gefailleerde kinderopvanginstellingen.

Vraag 127

Hoeveel mensen hebben een zorgzwaartepakket? Graag per zorgzwaartepakket de aantallen.

Antwoord:

Op 1 april 2017 hadden 289.084 mensen een indicatie (zorgzwaartepakket) voor de Wlz. In onderstaande tabel staan de aantallen cliënten per zorgzwaartepakket (zzp) onderverdeeld naar: de ouderenzorg (VV), verstandelijk gehandicapten (VG), licht verstandelijk gehandicapten (LVG en SGLVG), zintuiglijk gehandicapten visueel en auditief (ZG), lichamelijk gehandicapten (LG) en GGZ-cliënten (GGZ).

Peildatum 1 april 2017	aantal cliënten
TOTAAL Wlz	289.084
VV01	1.128
VV02	3.396
VV03	6.264
VV04	31.701
VV05	66.951
VV06	28.914
VV07	11.886
VV08	2.398
VV09	6
VV09a	1
VV09b	962
VV10	279
Totaal VV	153.886
VG01	610
VG02	4.754
VG03	24.274
VG04	15.618
VG05	12.947
VG06	25.219
VG07	13.462
VG08	8.317
Totaal VG	105.201
LVG01	21
LVG02	498
LVG03	1.094
LVG04	278
LVG05	21

Peildatum 1 april 2017	aantal cliënten
SGLVG01	413
Totaal (SG)LVG	2.325
ZGVIS01	74
ZGVIS02	282
ZGVIS03	654
ZGVIS04	400
ZGVIS05	592
Totaal ZGVIS	2.002
ZGAUD01	78
ZGAUD02	442
ZGAUD03	528
ZGAUD04	235
Totaal ZGAUD	1.283
LG01	249
LG02	1.623
LG03	797
LG04	4.476
LG05	2.000
LG06	5.840
LG07	1.586
Totaal LG	16.571
GGZ01B	5
GGZ02B	56
GGZ03B	550
GGZ04B	971
GGZ05B	3.820
GGZ06B	725
GGZ07B	1.689
Totaal GGZB	7.816

Bron: Kwartaalrapportage CIZ 2016 Q1 t/m 2017 Q1
<https://www.ciz.nl/voor-professionals/Paginas/Cijfers-en-feiten.aspx>

Vraag 128

Hoeveel zorgzwaartepakketten zijn er in totaal?

Antwoord:

Er zijn 36 zorgprofielen (voorheen: zorgzwaartepakketten): 7 in de sector verpleging en verzorging, 5 in de GGZ en 24 in de verschillende onderdelen van de gehandicaptenzorg.

Vraag 129

Kunnen de kosten en besparingen in een overzicht worden weergegeven voor het opnemen van fysiotherapie in het basispakket voor mensen met reumatische aandoeningen?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar. Overigens heeft het Zorginstituut in zijn advies van 8 maart 2017, dat bij brief van 19 mei 2017 (TK 29 689, nr. 828) aan de Kamer is gestuurd, nogmaals uitgesproken dat de effectiviteit van oefentherapie onder supervisie van een fysio- of oefentherapeut bij reumatoïde artritis en spondyloartritis niet bewezen is. Wel hebben de partijen in het reumaveld bij het Zorginstituut een aanvraag voor voorwaardelijke toelating ingediend voor effectiviteitsonderzoek naar oefentherapie bij reuma.

Vraag 130

Hoe zijn de prijzen van zorgzwaartepakketten de afgelopen jaren veranderd? Kunt u een historisch overzicht geven van de prijsontwikkeling van zvp's?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is de ontwikkeling van de maximumtarieven per dag uit de NZa-beleidsregel weergegeven. Dit zijn de tarieven voor de ZZP's inclusief behandeling en dagbesteding. Naast deze tarieven zijn toeslagen en meerzorg mogelijk.

ZZP-tarieven (max. NZa- beleids- regel)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
VV 4	€ 125,96	€ 137,51	€ 139,67	€ 143,67	€ 143,22	€ 143,12	€ 146,75
VV 5	€ 165,38	€ 180,74	€ 183,58	€ 188,83	€ 188,24	€ 188,11	€ 192,89
VV 6	€ 165,42	€ 181,03	€ 183,88	€ 189,14	€ 188,55	€ 188,42	€ 193,21
VV 7	€ 197,39	€ 215,66	€ 219,05	€ 225,32	€ 224,62	€ 224,46	€ 230,17
VV 8	€ 224,97	€ 246,03	€ 249,90	€ 257,05	€ 256,25	€ 256,07	€ 262,58
VV 9b	€ 196,15	€ 214,65	€ 218,03	€ 224,27	€ 223,57	€ 223,41	€ 229,09
VV 10	€ 243,20	€ 266,05	€ 270,24	€ 277,97	€ 277,11	€ 276,92	€ 283,96
GGZ 1B	€ 96,29	€ 104,31	€ 102,18	€ 105,10	€ 104,78	€ 101,35	€ 102,61
GGZ 2B	€ 129,26	€ 140,51	€ 137,17	€ 141,10	€ 140,67	€ 136,07	€ 137,76
GGZ 3B	€ 141,46	€ 153,75	€ 150,13	€ 154,43	€ 153,95	€ 148,91	€ 150,76
GGZ 4B	€ 160,79	€ 174,86	€ 170,65	€ 175,53	€ 174,99	€ 169,26	€ 171,37
GGZ 5B	€ 172,32	€ 187,45	€ 182,86	€ 188,09	€ 187,50	€ 181,37	€ 183,63
GGZ 6B	€ 225,60	€ 245,77	€ 239,42	€ 246,27	€ 245,50	€ 237,47	€ 240,43
GGZ 7B	€ 306,90	€ 334,08	€ 325,71	€ 335,03	€ 334,00	€ 323,07	€ 327,09
VG 3	€ 137,39	€ 148,79	€ 145,78	€ 149,95	€ 149,48	€ 150,05	€ 151,92
VG 4	€ 151,19	€ 163,91	€ 160,42	€ 165,01	€ 164,50	€ 165,13	€ 167,19
VG 5	€ 188,93	€ 204,62	€ 200,46	€ 206,20	€ 205,56	€ 206,35	€ 208,92
VG 6	€ 183,28	€ 198,47	€ 194,50	€ 200,07	€ 199,45	€ 200,21	€ 202,70
VG 7	€ 253,69	€ 274,07	€ 269,24	€ 276,94	€ 276,08	€ 277,13	€ 280,58
VG 8	€ 212,98	€ 231,04	€ 226,06	€ 232,53	€ 231,81	€ 232,70	€ 235,60
LVG 1	€ 129,29	€ 141,42	€ 137,21	€ 141,14	€ 140,71	€ 141,25	€ 143,01
LVG 2	€ 166,58	€ 182,21	€ 176,80	€ 181,86	€ 181,30	€ 181,99	€ 184,26
LVG 3	€ 205,57	€ 225,00	€ 218,17	€ 224,41	€ 223,71	€ 224,56	€ 227,36
LVG 4	€ 241,79	€ 263,97	€ 256,61	€ 263,95	€ 263,13	€ 264,14	€ 267,43
LVG 5	€ 240,67	€ 262,75	€ 255,43	€ 262,74	€ 261,93	€ 262,93	€ 266,20
SGLVG 1	€ 313,32	€ 341,71	€ 332,52	€ 342,04	€ 340,98	€ 342,28	€ 346,54
LG 2	€ 142,66	€ 157,90	€ 154,80	€ 159,23	€ 158,74	€ 159,35	€ 161,33
LG 4	€ 173,40	€ 191,56	€ 187,41	€ 192,77	€ 192,17	€ 192,90	€ 195,30
LG 5	€ 201,64	€ 222,67	€ 217,74	€ 223,97	€ 223,28	€ 224,13	€ 226,92
LG 6	€ 216,11	€ 238,35	€ 232,76	€ 239,42	€ 238,67	€ 239,58	€ 242,56
LG 7	€ 224,54	€ 247,30	€ 241,17	€ 248,07	€ 247,30	€ 248,24	€ 251,33
ZG aud 2	€ 276,93	€ 300,28	€ 293,82	€ 302,23	€ 301,29	€ 302,44	€ 306,21
ZG aud 3	€ 317,52	€ 344,29	€ 336,87	€ 346,51	€ 345,44	€ 346,76	€ 351,08
ZG aud 4	€ 215,62	€ 233,79	€ 228,77	€ 235,32	€ 234,59	€ 235,49	€ 238,42
ZG vis 2	€ 128,66	€ 139,29	€ 136,51	€ 140,42	€ 139,99	€ 140,52	€ 142,27
ZG vis 3	€ 169,16	€ 183,63	€ 179,50	€ 184,64	€ 184,07	€ 184,77	€ 187,07
ZG vis 4	€ 215,86	€ 234,22	€ 229,05	€ 235,60	€ 234,87	€ 235,77	€ 238,71
ZG vis 5	€ 234,83	€ 255,01	€ 249,20	€ 256,33	€ 255,53	€ 256,51	€ 259,70

Vraag 131

Kunt u een overzicht geven van alle jeugdzorginstellingen die vallen onder het toezicht van de inspectie?

Antwoord:

Momenteel zijn er bij de inspectie ruim 4.400 jeugdhulpaanbieders bekend.

Zoals is vastgelegd in de afspraken van de (jeugd)inspecties met de VNG, kunnen gemeenten nieuwe jeugdhulpaanbieders aanmelden via het Inspectieloket Sociaal Domein en Jeugd. Dit is geen wettelijke verplichting, het totaal aantal jeugdzorginstellingen kan daarom afwijken.

Vraag 132

Kunt u een overzicht geven van de jaarlijkse premieopbrengsten Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ/Wlz) vanaf 1999 tot heden

Antwoord:

In de onderstaande tabel staan de premieopbrengsten AWBZ/Wlz vanaf 1999 (in miljarden euro's). Voor de jaren 1999–2015 betreft het cijfers uit het jaarverslag van het Zorginstituut. Voor 2016 betreft het een CPB-cijfer.

Bedragen x € 1 miljard

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AWBZ/Wlz premie	12,7	13,3	10,7	11,5	15,5	15,9	16,1	14,0	14,4	14,2
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AWBZ/Wlz premie	13,6	15,2	16,2	16,1	19,8	16,4	15,3	14,2	15,0	17,6

Vraag 133

Hoeveel procent van de zorgaanbieders maakten in 2017 gebruik van digitale gegevensuitwisseling met ander zorgaanbieders? Hoe was dat percentage in voorgaande jaren?

Antwoord:

De mate van gebruik van digitale gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders verschilt per type zorgaanbieder. Dit wordt duidelijk uit de e-health monitor 2016 (Kamerstukken 2016–2017 27 529 nr. 141). Zo maken de meeste huisartsen (91–96%) gebruik van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling om informatie uit te wisselen met huisartsenposten, apotheken, laboratoria en ziekenhuizen. Ook in vorige jaren was dit al het geval. Op gestandaardiseerde wijze elektronisch informatie uitwisselen met thuiszorg, wijkverpleegkundige, verpleeghuizen of de dienst voor maatschappelijke ondersteuning van de gemeente is voor de huisartsen volgens de e-health monitor echter bijna niet mogelijk (4%-10%), terwijl zij dit wel willen. Sinds 2014 is het percentage medisch specialisten dat elektronisch informatie kan uitwisselen met andere zorgverleners buiten de instelling of afdeling, gelijk gebleven. Met andere afdelingen binnen de eigen instelling kan het meest uitgewisseld worden (83% in 2016 en 88% in 2014). De oorzaak van de daling in het percentage ten opzichte van 2014 is niet exact te duiden, omdat dit niet specifiek is onderzocht. Een mogelijke verklaring kan zijn de overgang naar een ander elektronisch patiëntendossier (EPD) binnen een ziekenhuis, dit wordt genoemd door de specialisten zelf als vertragende factor in het elektronisch uitwisselen van informatie. Daarnaast geven specialisten aan dat het EPD niet altijd naar behoren werkt. Tot slot kan een verklaring zijn de interpretatie van de vraag: er is gevraagd naar *gestandaardiseerde* elektronische gegevensuitwisseling. Het kan zijn dat specialisten hier de afgelopen jaren een beter beeld van hebben gekregen.

De uitwisseling van gestandaardiseerde elektronische informatie door medisch specialisten is het minst vaak mogelijk met GGZ- instellingen, thuiszorgorganisaties, ZBC's, verpleeghuizen en ziekenhuizen (allen onder de 20% sinds 2014).

De verwachting is dat een nieuwe e-health monitor voor de jaarwisseling beschikbaar is.

Vraag 134

Hoeveel bv's, nv's, verenigingen, vof's, eenmanszaken en stichtingen hebben zich in 2015 geregistreerd als zorgverlener of zorginstelling?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 123 in het Verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden (Kamerstukken II 2016/17, 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 135

Hoeveel zorgorganisaties hebben onderhangende BV's?

Antwoord:

Van de 3.955 toegelaten zorginstellingen met een KvK-nummer in het Landelijk register zorgaanbieders, hebben 267 zorginstellingen een dochter BV.

Vraag 136

Hoeveel mensen betalen een eigen bijdrage uit vermogen, uitgesplitst per AWBZ en Wmo?

Antwoord:

De AWBZ is per 1 januari 2015 vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz). Net als onder de AWBZ gelden ook voor de Wlz eigen bijdragen die afhankelijk zijn van het inkomen en het vermogen van de verzekerden.

Het bijdrageplichtig inkomen voor de eigen bijdragen in de Wlz en de Wmo 2015 is gebaseerd op het verzamelinkomen op grond van de Wet inkomstenbelasting 2001. Doordat het inkomen uit vermogen ook deel uitmaakt van het verzamelinkomen, kan het vermogen al op die wijze doorwerken in de eigen bijdragen. Het gaat dan om het inkomen (en waar relevant minus de belasting) voor zover het vermogen hoger is dan het heffingsvrije bedrag (het inkomen uit box 3: de grondslag sparen en beleggen). Er bestaat geen inzicht in de mate waarin het vermogen in het verzamelinkomen doorwerkt.

Naast het inkomen uit vermogen in het verzamelinkomen kan het vermogen ook doorwerken in het bijdrageplichtig inkomen via de vermogensinkomensbijtelling. Die bijtelling betekent dat 8% van het belastbaar vermogen (de grondslag sparen en beleggen / box 3) boven het verzamelinkomen wordt meegeteld voor de berekening van het bijdrageplichtig inkomen. Uit cijfers van het CAK over het jaar 2015 blijkt dat:

- Ongeveer 61.000 Wlz-cliënten een bijdrage betalen die mede is gebaseerd op grond van de vermogensinkomensbijtelling, en
- Ongeveer 47.000 Wmo-cliënten een bijdrage betalen die mede is gebaseerd op grond van de vermogensinkomensbijtelling.

Cijfers over de periode na 2015 zijn nog niet beschikbaar.

Vraag 137

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

Antwoord:

Voor de uitoefening van haar taken heeft het CAK alleen het verzamelinkomen, de verschuldigde belasting en het vermogen in Box 3 nodig. Het is dus niet bekend hoeveel bijdrageplichtingen via een eigen BV de vermogensinkomensbijtelling omzeilen.

Vraag 138

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

Antwoord:

In het overzicht niet juridisch verplichte uitgaven (vanaf bladzijde 23 van de ontwerpbegroting) is per beleidsartikel opgenomen wat de ruimte is voor alternatieve aanwending van de beschikbare middelen. Er bestaan wel degelijk voornemens voor besteding van deze middelen, maar naar verwachting zijn ze nog niet juridisch verplicht op 1 januari 2018.

Vraag 139

Wat is de stand van zaken met het rapport «Beperkt weerbaar»? Zijn er de afgelopen jaren verbeteringen bereikt of juist niet? Kunt u een toelichting geven?

Antwoord:

De gehandicaptensector is actief in het bespreekbaar maken en het voorkomen van seksueel geweld en grensoverschrijdend gedrag bij hun cliënten. Zowel door de brancheorganisatie, de individuele instellingen als het platform van ouderorganisaties is en wordt de laatste tien jaar hiertoe materiaal ontwikkeld.

Op mijn verzoek is door de Universiteit van Maastricht een «Wegwijzer» gemaakt om ouders, zorgprofessionals en cliënten inzicht te geven in het beschikbare materiaal. Deze Wegwijzer verwijst in elke stap in de keten (preventie-signalering-aanpak-nazorg) naar bruikbaar materiaal dan wel naar materiaal dat minimaal gebaseerd is op relevante praktijkervaringen. Het gaat daarbij om materiaal ten behoeve van mensen met een verstandelijke beperking (met onderscheid naar licht, matig en ernstig). Daarbij wordt aangegeven voor wie het materiaal bestemd is (slachtoffers, plegers, ouders/verwanten, zorgprofessionals).

De Inspectie houdt toezicht op weerbaarheid en het voorkomen van seksueel misbruik in de gehandicaptenzorg. De laatste jaren ligt het accent van het toezicht op de vraag of er structureel aandacht is in het beleid van de zorgaanbieders voor seksualiteit en vriendschap, het vroegtijdig signaleren van mogelijk seksueel misbruik en het hebben van een protocol hoe te handelen bij een vermoeden van seksueel misbruik.

Vraag 140

Hoeveel mensen maken gebruik van de tegemoetkoming specifieke zorgkosten?

Antwoord:

Volgens de Belastingdienst maakten voor het belastingjaar 2015 circa 128.000 mensen gebruik van de regeling. De verwerking van de aanvragen 2016 is nog niet afgerond.

Vraag 141

Kunt u aangeven hoeveel bezuinigingen waren bij het afschaffen van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie Eigen Risico (CER)?

Antwoord:

In de nota naar aanleiding van het verslag afschaffing Wtcg en CER (Kamerstuk 33 726, nr. 7) is een tabel opgenomen met het structurele beslag voor de Wtcg en de CER. Het structurele beslag voor de Wtcg tegemoetkoming bedroeg € 444 miljoen en de Wtcg korting voor de extramurale zorg € 180 miljoen. Het structurele beslag voor de CER bedroeg € 200 miljoen. Deze maatregelen zijn onderdeel van de intensivering van de uitgaven voor het gemeentelijk maatwerk en de herziening van de Specifieke Zorgkosten.

Vraag 142

Kan de regering een overzicht per jaar geven van de kostenontwikkeling van verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg van 2000 tot 2005 en van 2006 tot en met 2017 en kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord:

Ja. Bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2015 (zie het antwoord op vraag 230) heb ik het gevraagde overzicht verstrekt tot en met 2015 en van mijn duiding voorzien. Dat heb ik gedaan via een tabel over de totale ouderenzorg uit de «Zorgrekeningen» van het CBS over de periode 2000–2013 en via een tabel over de intramurale ouderenzorg op basis van de VWS-begroting. De cijfers uit de Zorgrekeningen zijn niet gewijzigd en dat geldt ook voor mijn duiding.

Hieronder treft u de tabel over de intramurale ouderenzorg, aangevuld met de jaren 2016 en 2017 uit de VWS-begroting. De reeks is net zoals voorheen gecorrigeerd voor verschuivingen van posten die behoren tot de contracteerruimte, zodat de reeks beter vergelijkbaar is in de tijd. Voor 2017 gaat het om voorlopige cijfers. Daarbij is rekening gehouden met de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld voor verbetering van de kwaliteit in verpleeghuizen. Naar verwachting stijgen de uitgaven in 2017 ten opzichte van 2016 met € 0,3 miljard tot € 9,7 miljard.

Tabel: Uitgaven intramurale ouderenzorg 2013–2017, gecorrigeerd voor verschuivingen

<i>x € 1 miljard</i>	2013	2014	2015	2016	2017
1 Intramurale ouderenzorg contracteerruimte	8,4	8,7	8,6	8,9	9,2
2 Correctie kapitaallasten (nacalculatie)	1,3	1,2	0,8	0,5	0,3
3 Correctie lage zzp's (V&V1–3) tov 2016	– 0,9	– 0,7	– 0,3	0,0	0,1
4 Correctie incidentele middelen kwaliteit 2017					0,1
5 Intramurale ouderenzorg gecorrigeerd (som 1 t/m 4)	8,8	9,1	9,1	9,4	9,7

Vraag 143

Kunt u een overzicht geven van alle (aanjaag)teams die het ministerie heeft ingezet, welke personen (uit welke organisaties) werken voor deze (aanjaag)teams, hoeveel FTE dit bedraagt, wat hun salariering bedraagt, wat hun doelstellingen zijn en welke resultaten ze tot nu toe hebben geboekt?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar de beantwoording van vraag 561 die onderdeel uitmaakt van de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de VWS ontwerpbegroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr.11)

Vraag 144

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 129 bij de Begroting 2017 (TK, vergaderjaar 2016–2017, 34 550 XVI, nr. 11), vraag 421 bij de Begroting 2016 (TK, vergaderjaar 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 12) en vraag 161 bij de Begroting 2015 (TK, vergaderjaar 2014–2015, 34 000 XVI, nr. 33).

Er is mij geen andere en recentere informatie bekend.

Vraag 145

Wat is de verklaring van de toename tussen 2016 en 2017 als het gaat om de Zvw uitgaven en grensoverschrijdende zorg?

Antwoord:

De uitgaven grensoverschrijdende zorg betreffen zowel uitgaven voor Zvw-verzekerden als voor verdragsgerechtigden.

Omdat deze sector al meerdere jaren nauwelijks groeit en er wel steeds groeimiddelen aan het budget zijn toegevoegd, zijn de budgetten in het afgelopen voorjaar flink verlaagd.

De onderschrijding op grond van de realisatie 2016 (€ -162,9 miljoen) is echter niet geheel structureel verondersteld. Voor 2017 is nog rekening gehouden met enige behoedzaamheid in de ramingen waardoor het budget in dit jaar ruim € 40 miljoen hoger is dan in 2016. De reden om rekening te houden met enige behoedzaamheid in de ramingen is omdat de uitgaven in deze sector in het verleden behoorlijke fluctuaties hebben laten zien.

Recente cijfers lijken erop te duiden dat de uitgaven wel wat stabielere worden. In het voorjaar 2018 is hier mogelijk meer over bekend.

Vraag 146

Hoeveel kosten de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) en andere keurmerken in de zorg?

Antwoord:

Certificering is niet verplicht op grond van wet- en regelgeving, maar is een aangelegenheid van de partijen in het veld zelf. Er wordt niet op een centrale plaats bijgehouden hoeveel keurmerken worden afgegeven en welke kosten verbonden zijn aan de verschillende keurmerken. Derhalve is het gevraagde bedrag aan kosten niet bekend.

Vraag 147

Hoeveel van deze keurmerken per merk worden jaarlijks afgegeven?

Antwoord:

Er wordt niet op een centrale plaats bijgehouden hoeveel keurmerken worden afgegeven en derhalve is niet bekend hoeveel keurmerken per merk jaarlijks worden afgegeven.

Vraag 148

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

Antwoord:

Er wordt niet op een centrale plaats bijgehouden hoeveel keurmerken worden afgegeven en welke kosten verbonden zijn aan de verschillende keurmerken. Derhalve is niet bekend welke besparing mogelijk is als partijen in het veld geen gebruik meer maken van keurmerken.

Vraag 149

Welke keurmerken worden er vereist bij zorginkoop, uitgesplitst naar zorgkantorregio?

Antwoord:

- Voor de Wet langdurige zorg (Wlz) is een landelijk inkoopkader van toepassing.

- Voor 2017 staat daar onder meer in dat zorgaanbieders systematisch werken aan het verbeteren van de kwaliteit en dit borgen door middel van een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk- en/of internationaal erkend is en gepaard gaat met onafhankelijke toetsing.
- Met de inwerkingtreding van het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het nieuwe kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is voor 2018 deze eis anders verwoord. Nu is in het inkoopkader opgenomen dat zorgaanbieders zich moeten houden aan het voor de sector relevante kwaliteitskader of kwaliteitsstatuut. De zorgaanbieder waarop (nog) geen kwaliteitskader van toepassing is werkt systematisch aan de kwaliteit van zorg en borgt dit door het werken met een kwaliteitssysteem, voorzien van een periodieke externe visitatie.
- Zorgverzekeraars kunnen bij de Zvw gebruik maken van keurmerken. Zorgverzekeraars hebben de taak om ervoor te zorgen dat de zorg die zij vergoeden kwalitatief goed is en rechtmatig en doelmatig geleverd wordt. Een keurmerk wordt hiervoor soms als instrument gehanteerd. Ik heb geen overzicht van welke keurmerken door welke zorgverzekeraar voor welke zorg verplicht worden gesteld.

Vraag 150

Wat kost de minutenregistratie jaarlijks?

Antwoord:

Vanuit de rijksoverheid bestaat er geen verplichting voor zorgaanbieders om een minutenregistratie te voeren. Elke zorgaanbieder bepaalt zelf of en zo ja, op welke manier aan tijdregistratie wordt gedaan; dat is een eigen keuze. In de praktijk worden uiteenlopende varianten toegepast. Sommige instellingen hanteren geen minutenregistratie en werken op basis van het principe: «planning (zorgplan) is realisatie». Ik heb geen zicht op de wijze waarop elke zorgaanbieder zijn administratie heeft ingericht en wat dit kost.

Vraag 151

Wat kost jaarlijks de bureaucratie in Nederland?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 443 van de schriftelijke vragen bij de ontwerp-begroting 2017 (TK 34 550-XVI, nr. 11).

Vraag 152

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

Antwoord:

Zie voor een overzicht van de overhead binnen de zorg over de jaren 2008 tot en met 2011 het antwoord op vraag 162 van de schriftelijke vragen bij de ontwerp-begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11). Dit zijn de laatste metingen door het CBS op dit onderwerp.

In aanvulling daarop verwijs ik u graag naar het onderzoeksrapport naar overhead in de langdurige zorg dat ik u bij brief van 30 maart 2017 (TK 29 515, nr. 400) heb toegezonden, waaruit onder meer blijkt dat de niet-cliëntgebonden kosten van deelnemende organisaties gemiddeld 41,6% van hun totale kosten bedragen.

Vraag 153

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

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn geen gegevens beschikbaar over het percentage en de kosten van de toegenomen bureaucratie door decentralisaties. Uit het onderzoek van Q-consult, dat uw Kamer op 30 maart 2017 heeft ontvangen, blijkt echter dat de administratieve lastendruk bij de uitvoering van de Wmo2015 en de Jeugdwet significant is gestegen. Dit komt enerzijds, zo concludeert Q-consult, door de nieuwe processen waar gemeenten en aanbieders nog aan moeten wennen. Anderzijds komt dit door de lage mate van automatisering van onder meer het declaratieproces. Zoals in het antwoord op vraag 246 wordt ingegaan heeft het Kabinet diverse activiteiten ondernomen om gemeenten en aanbieders hierbij te ondersteunen. Dit betreft het implementeren van uitvoeringsvarianten en iWmo/iJw standaarden door het programma i-Sociaal Domein, het publiceren van een monitor over het gebruik van de standaarden door de VNG, het voorbereiden van het wetsvoorstel vermindering uitvoeringslasten en regionale samenwerking en samen met aanbieders, professionals en toezichthouders de regeldruk op de werkvloer aanpakken. Deze maatregelen hebben als beoogd effect dat de (ervaren) administratieve lastendruk en regeldruk afneemt.

Vraag 154

Wat zijn de opbrengsten van medicijnbesparingen door middel van onderhandelingen het afgelopen jaar?

Antwoord:

Hierover is uw Kamer geïnformeerd op 25 september 2017 (zie Kamerstuk 2017–2018, 29 477, nr. 442, tabel 1).

Vraag 155

Hoe vaak halen patiënten hun medicijnen niet in de apotheek op vanwege het aanspreken van het eigen risico?

Antwoord:

Uit het Nivel-onderzoek naar omvang en aard van zorgmijding, dat bij brief van 28 oktober 2015 aan de Kamer is aangeboden (TK 29 689, nr. 664), blijkt dat in 2014 29% van de patiënten een geneesmiddel niet ophaalde. Dit percentage ligt lager dan in 2008 en 2009. Toen haalde respectievelijk 34% en 35% van de patiënten een geneesmiddel niet op. Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat er verscheidene redenen voor het mijden van zorg zijn, waaronder financiële redenen. Dit Nivel-onderzoek bevat de meest recente gegevens gebaseerd op objectieve data zoals zorgregistraties en declaratiecijfers.

Vraag 156

Hoeveel procent van de totale VWS-begroting wordt uitgegeven aan: 1) de ambitie om de positie van patiënten en cliënten te versterken en 2) patiëntenvertegenwoordigende organen zoals de koepels, individuele patiëntenorganisaties, vouchers, etc.? Hoe ontwikkelt dit percentage zich over de afgelopen periode en in de toekomst?

Antwoord:

Een eenduidig bedrag of percentage van de begroting dat wordt uitgegeven aan het versterken van de positie van patiënten en cliënten is niet te geven. Vaak zijn deze bedragen onderdeel van grotere programma's of initiatieven. Bijvoorbeeld de programma's van het Jaar van de transparantie, programma's van ZonMw en de Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. Ook wetsvoorstellen dragen vaak bij aan de versterking van de positie van de patiënt, zoals de Wkkgz en de voorgenomen wetswijziging van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Dit wil niet zeggen dat realisatie van deze patiëntenrechten geen geld kosten, maar

deze kosten worden niet apart bijgehouden. Deze initiatieven komen evenmin in een eenduidig bedrag of percentage van de begroting terug.

Voor patiëntvertegenwoordigende organen zoals de drie koepels en de individuele patiënten- en gehandicaptenorganisaties is in 2018 een totaalbedrag van circa € 20 miljoen beschikbaar via het beleidskader «subsidiering van patiënten- en gehandicaptenorganisaties». Het budgettaire kader van deze subsidieregeling is sinds 2015 ongewijzigd.

Vraag 157

Hoeveel apothekers zijn er?

Antwoord:

Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen werken er 2913 apothekers in de 1.994 openbare apotheken (getallen 2016).

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) telt circa 5.500 leden. Dat betekent dat er minimaal nog 2.500 apothekers elders werken, zoals in ziekenhuizen, overheid en bedrijfsleven (o.a. farmaceutische industrie) of met pensioen zijn. Het totaal aantal apothekers in Nederland is niet bekend.

Vraag 158

Hoeveel apotheekhoudende huisartsen zijn er? Hoeveel waren dit er in 2014, 2015, 2016 en 2017?

Antwoord:

Volgens het CIBG zijn er momenteel 609 apotheekhoudende huisartsen. In voorgaande jaren waren de aantallen als volgt:

2014: 722

2015: 672

2016: 675

Vraag 159

Wat zou het gaan kosten of opleveren als alle Functiewaardering Gezondheidszorg (FWG) respectievelijk 13, 14 of 15 periodieken zouden hebben?

Antwoord:

Het antwoord op de gestelde vraag kan ik niet geven. Enerzijds is de vraagstelling daarvoor te weinig specifiek en uitgewerkt. Anderzijds worden de werkelijke kosten bepaald door toekomstige beslissingen van individuele werkgevers over de inschalingen en beloning van individuele medewerkers. Daardoor zouden dusdanig veel aannames en veronderstellingen gedaan moeten worden dat niet meer van een realistisch en betrouwbaar antwoord gesproken kan worden.

Vraag 160

Kunt u specificeren wat de Nederlandse deelname aan HBM4EU behelst. Kunt u hierbij ook specificeren wat betreft locatie, deelnemers, socio-demografische kenmerken van de humane biomonitoringsprogramma's waarmee Nederland deelneemt. Is de huidige deelname aan het HBM4EU met een steekproef die representatief is voor de gehele Nederlandse bevolking?

Antwoord:

Zie ook het antwoord op vraag 887.

Het HBM4EU project is er op gericht om optimaal gebruik te maken van bestaande kennis en informatie in de deelnemende landen en om op efficiënte wijze nieuwe kennis te genereren. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om in alle landen in grote steekproeven dezelfde metingen te

doen. Gegevens zullen worden verzameld in naar leeftijd gestratificeerde representatieve steekproeven in minimaal drie landen in regio's Noord-, West-, Zuid- en Oost-Europa.

Er zijn nog geen afspraken over welke aanvullende onderzoeken naar welke stoffen in welke landen uitgevoerd gaan worden. Dit hangt mede af van de eigen financiële inbreng van landen aangezien de EU slechts 50% van de kosten voor de metingen vergoedt.

Nederland is actief betrokken bij het ontwerp van nieuw biomonitoring onderzoek in enkele landen gericht op bestrijdingsmiddelen. Nader HBM4EU onderzoek van beroepsblootstellingen zal gericht worden op specifieke arbeidsomstandigheden, waarbij geen representatie van alle beroepen nagestreefd kan worden.

Vraag 161

Wat is de reden dat medicinale marihuana niet meer wordt vergoed via het basispakket?

Antwoord:

Medicinale cannabis heeft nooit onderdeel van het basispakket uitmaakt. Verzekeraars zijn vrij om medicinale cannabis in aanvullende polis te vergoeden of vanuit hun eigen reserves.

Vraag 162

Bestaat er een tegemoetkoming voor mensen die afhankelijk zijn van medicinale marihuana?

Antwoord:

Op dit moment bestaat er geen tegemoetkoming, maar verzekeraars zijn vrij om medicinale cannabis in aanvullende polis te vergoeden of vanuit hun eigen reserves.

Vraag 163

Hoe vaak is er melding gemaakt afgelopen jaren bij de Ondernemingskamer als het gaat om disfunctionerende bestuurders?

Antwoord:

Ik verwijs hiervoor naar antwoord op vraag 565 van de vorige begrotingsbehandeling (TK 34 550 XVI, nr 11). Er zijn het afgelopen jaar geen meldingen bij gekomen.

Vraag 164

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 36.

Vraag 165

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

Antwoord:

Ik beschik niet over een dergelijk overzicht.

Vraag 166

Heeft de Minister in 2017 zorgbestuurders ontslagen en laten vervangen? Zo ja, wie waren dat en waarom? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

De Minister kan geen bestuurders ontslaan. Dat kan alleen de Raad van Toezicht van een zorginstelling. Wel heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een aanwijzingsbevoegdheid op grond van de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg. Daaronder valt ook de mogelijkheid tot het geven van een aanwijzing aan de raad van toezicht om, in het uiterste geval, een bestuurder te vervangen. Zie ook het antwoord op vraag 167.

Vraag 167

Heeft de Inspectie voor de gezondheidszorg zorgbestuurders ontslagen en laten vervangen? Zo ja, wie waren dat en waarom? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

De overheid draagt geen verantwoordelijkheid voor het bestuur van een zorginstelling. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) – thans Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting – heeft dan ook geen bevoegdheid om zorgbestuurders te ontslaan. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van de zorgorganisatie. De Raad van Toezicht houdt hier toezicht op en is bevoegd om, in voorkomend geval, bestuurders te ontslaan. In 2013 hebben de bewindspersonen van VWS de Landsadvocaat gevraagd onderzoek te doen naar bestuurlijke ondertoezichtstelling van zorginstellingen. De Tweede Kamer is hierover per brief d.d. 20 december 2013 (TK 32 012, nr. 17) geïnformeerd. In de onderzoeksrapportage geeft de Landsadvocaat aan dat de inspectie wel – als *ultimum remedium* – het aanwijzingsinstrument zou kunnen inzetten om te bewerkstelligen dat de Raad van Bestuur of Raad van Toezicht van een zorginstelling wordt uitgebreid of een of meer leden daarvan worden vervangen. Die situatie heeft zich tot op heden niet voorgedaan.

Vraag 168

Wordt de vergoeding voor medicinale marihuana in 2018 weer opgenomen in het basispakket? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Medicinale Cannabis is nooit onderdeel geweest van het basispakket. Het Zorginstituut Nederland adviseert de Minister van VWS over de opname van geneesmiddelen in het basispakket op basis van de vier pakketcriteria: effectiviteit, noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

Op basis van studies die indertijd beschikbaar waren oordeelde het Zorginstituut in 2003 dat er onvoldoende onderzoeksresultaten zijn om medicinale cannabis te beschouwen als rationele farmacotherapie. Oftewel de effectiviteit van medicinale cannabis was nog niet aangetoond waardoor medicinale cannabis niet in het basispakket kon worden opgenomen. Begin 2016 heeft het Zorginstituut zijn standpunt herbevestigd.

Sinds 2016 zijn nieuwe onderzoeken naar medicinale cannabis gepubliceerd. Daarnaast is sinds eind 2016 een placebo beschikbaar zodat voor het eerst placebo-gecontroleerd onderzoek naar de werking van medicinale cannabis kan worden uitgevoerd. Gezien de nieuwe publicaties en de beschikbaarheid van een placebo heb ik het Zorginstituut verzocht opnieuw te toetsen of er aanleiding is om zijn eerdere standpunt te herzien. Ik verwacht dit najaar een eerste rapportage van het Zorginstituut.

Vraag 169:

Hoeveel sancties heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg afgelopen jaar afgegeven? Welke sancties betreffen dit en wat was dit per zorgsector?

Antwoord

In het jaarbeeld 2016 IGZ, te vinden op www.igz.nl, worden de totaalcijfers inzichtelijk gemaakt van het aantal en het soort maatregelen dat in het jaar 2016 is opgelegd. Hieronder zijn, voor zover mogelijk, deze cijfers uitgesplitst naar sector:

Maatregel	Totaal	Eerste lijn	Medisch specialis-tisch	GGZ	Verpleging & Verzorging	Gehandicap-tenzorg en Forensische zorg	Producten en mondzorg	Geneesmid-delen en medische technologie	overig
Boetes	55	2	11	6	0	3	12	21	
Waarschuwing	121								
Last onder dwangsom	296								
Gegeven									
aanwijzing	21	2	5		7	2	1		4
Bevel	4		1		1		1		1
Verscherpt Toezicht	20		2		7	3			8
Tuchtzaak	24	5	13	6					

Nb: de maatregelen waarschuwing en last onder dwangsom worden door de IGJ i.o. niet per sector geregistreerd.

Vraag 170

Welke meerjaren prognose of raming maakt het kabinet voor de behoefte aan intramurale ouderenzorg tot 2030?

Antwoord:

De VWS-begroting 2018 bevat een raming voor de intramurale ouderenzorg tot en met 2022 op basis van de middellangetermijnraming van het CPB (tabel 19A, pagina 252).

Het kabinet maakt daarnaast onder meer gebruik van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM. Deze verschijnt elke vier jaar, in opdracht van het Ministerie van VWS. In de meest recente rapportage (VTV-2014) heeft het RIVM een prognose gemaakt van trends tot 2030. Deze prognose geeft onder andere een beeld van de behoefte aan intramurale ouderenzorg tot 2030.

Vraag 171

Op welke basis wordt de meerjaren prognose of raming voor behoefte aan intramurale ouderenzorg gemaakt?

Antwoord:

De raming voor de intramurale ouderenzorg wordt gebaseerd op de realisatiegegevens van het laatst beschikbare jaar, aangevuld met verwachtingen omtrent groei (gebaseerd op de middellangetermijnraming van het CPB), beleid en nominale ontwikkelingen.

Vraag 172

Welke knelpunten worden in de toekomstige behoefte aan intramurale ouderenzorg voorzien? Op het gebied van vastgoed, beschikbare zorgwoningen, personeel en andere zaken?

Antwoord:

Op het gebied van vastgoed hebben zorginstellingen mogelijkheden om te investeren in initiatieven die tegemoet komen aan de wensen van de cliënt. Naar mijn overtuiging biedt het speelveld hiervoor voldoende ruimte.

Ten aanzien van woningen voor cliënten die zorg nodig hebben, is het voor de betrokken partijen vooral belangrijk om zicht te krijgen op vraag, aanbod en oplossingen. De site www.zorgopdekaart.nl onderdeel woningaanpassingen, biedt op het niveau van individuele woningen en van de wijk informatie over de aanpasbaarheid van woningen en de kosten daarvan.

Door demografische en epidemiologische ontwikkelingen zal de vraag naar personeel in de komende jaren weer toenemen. Bij de beschikbaarstelling van extra middelen vanuit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg is hiermee rekening gehouden. In de arbeidsmarktagenda «*Aan het werk voor ouderen*» is deze opgave geschetst, op basis van de ramingen van AZWInfo.nl.

Vraag 173

Hoeveel faillissementen zijn aangevraagd afgelopen jaar? Kunt dit aangeven per zorgsector en hoe verhoudt het aantal faillissementen zich met voorgaande jaren?

Antwoord:

Het aantal aangevraagde faillissementen is niet bekend, maar in de onderstaande tabel treft u een overzicht van het aantal uitgesproken faillissementen in de jaren 2013–2017, uitgesplitst naar zorgsector. De cijfers van 2017 zijn voorlopig en hebben betrekking op de maanden januari tot en met augustus. De cijfers zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Uitgesproken faillissementen zorgsector 2013–2017 (Bron: CBS)

	2013	2014	2015	2016	2017 ¹
Gezondheidszorg					
<i>Ziekenhuizen</i>	2	5	1	1	1
<i>Medische praktijken</i>	24	20	20	25	12
<i>Overige ambulante gezondheidszorg</i>	44	45	38	43	21
Verpleging en zorg met overnachting					
<i>Verpleeghuizen</i>	1	2	0	0	1
<i>Huizen verstandelijk gehandicapten</i>	4	7	7	7	3
<i>Huizen lichamelijk gehandicapten</i>	3	5	2	3	1
<i>Welzijnszorg met overnachting</i>	4	4	3	2	0
Welzijnszorg zonder overnachting					
<i>Welzijnswerk ouderen, gehandicapten</i>	51	20	24	55	15
<i>Kinderopvang, jeugd- en welzijnswerk</i>	130	118	88	56	30

¹ Januari t/m augustus 2017.

Ter toelichting: Het CBS hanteert een hiërarchische indeling van economische activiteiten die wordt gebruikt om bedrijven in te delen naar hun hoofdactiviteit. Een nadere uitsplitsing van de in het overzicht weergegeven categorieën is niet voorhanden. Zodoende omvat de categorie «Welzijnszorg zonder overnachting» ook gefailleerde kinderopvanginstellingen.

Vraag 174

Hoeveel bestuurders verdienen meer dan de Wet Normering Topinkomens (WNT)-norm? Kunt u dit aangeven per zorgsector?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 36.

Vraag 175

Welke ICT-projecten lopen of zijn in voorbereiding bij zowel het departement als uitvoerende organisaties van het departement?

Antwoord:

Veel ICT in de zorg wordt in het zorgveld zelf ontwikkeld. Dat neemt niet weg dat ook VWS opdrachtgever is van projecten die leiden tot nieuwe of aangepaste ICT-voorzieningen. In de beleidsbrief «Beleidsprioriteiten informatievoorziening en ICT VWS» d.d. 3 november 2016 (TK kamerstuk 2016–2017 27 529, nr. 142) informeerde ik u over gestarte en in voorbereiding zijnde projecten en programma's. Over het traject verbetering Informatievoorziening bij de IGZ wordt momenteel een BIT-advies opgesteld. De overige trajecten zijn nog in voorbereiding of lopen nog. Mochten deze trajecten leiden tot een ICT-project dat gekwalificeerd kan worden als «groot ICT-project», dan zal ik uw Kamer hierover informeren en zullen de hiervoor geldende regels gevolgd worden. Hieronder wordt tenminste verstaan het opstellen van CIO-oordelen, het vragen van een advies aan Bureau ICT Toetsing (BIT) en melding via het Rijks ICT-dashboard. Op het Rijks ICT-dashboard wordt ook gerapporteerd over de kosten en looptijd.

Vraag 176

Hoe groot is de omvang van deze projecten, hoe lang is de (verwachte) looptijd van deze projecten, heeft het BIT over deze projecten advies uitgebracht en zo ja, luidde dit positief of negatief?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 175.

Vraag 177

Welke projecten zijn in de laatste jaren succesvol afgerond en welke zijn als mislukt aan te merken?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 175.

Vraag 178

Wordt er in 2018 budget vrijgemaakt voor nieuwe systemen voor elektronische communicatie tussen zorgverleners?

Antwoord:

Nee, dat is een verantwoordelijkheid van zorgverleners. Ik richt mij op de randvoorwaarden waaronder gegevensuitwisseling kan plaatsvinden, zoals wet- en regelgeving en de ontwikkeling van standaarden.

Vraag 179

Kunt u een inschatting maken van de jaarlijkse (maatschappelijke) kosten van voorkombare welvaartsziekten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes 2, overgewicht, diverse vormen van kanker en een hoge bloeddruk?

Antwoord:

Er zijn onderzoeken naar de (maatschappelijke) kosten van een aantal van de genoemde ziekten. Het is, vanwege de onvergelijkbaarheid van deze onderzoeken, niet mogelijk een optelsom te maken van de jaarlijkse (maatschappelijke) kosten.

Zo is in het rapport «Een samenhangend beeld van kanker: ziekte, zorg, mens en maatschappij» (TK 34 550 XVI nr 129), berekend dat de totale

zorguitgaven voor alle soorten kanker samen € 5 miljard bedragen. Dat zijn alleen de zorgkosten, dus excl. maatschappelijke kosten. Verder zijn in 2016 mede door het RIVM twee maatschappelijke kosten/baten analyses (MKBA) uitgevoerd voor roken en alcohol. Daaruit blijkt dat roken de samenleving € 33 miljard meer kost dan het oplevert. Ik verwijs u ook naar het antwoord op vraag 301 naar de maatschappelijke kosten van roken. De MKBA voor alcohol komt op nettokosten van tussen de € 2,3 en € 2,9 miljard uit. Bronnen:http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2016/oktober/Maatschappelijke_kosten_batenanalyse_van_beleidsmaatregelen_om_alcoholgebruik_te_verminderen_Social_cost_benefit_analysis_of_regulatory_policies_to_reduce_alcohol_use_in_The_Netherlands en <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-rekening-van-roken>.

Vraag 180

Heeft u inzicht in het aantal morbiditeit- en mortaliteitscijfers in Nederland gerelateerd aan luchtvervuiling en gerelateerd aan schadelijke stoffen (gespecificeerd) voor CMR en hormoonverstorende stoffen?

Antwoord:

In het «Compendium voor de Leefomgeving» zijn cijfers van het RIVM opgenomen met betrekking tot fijn stof en Ozon.

Bron: <http://www.clo.nl/indicatoren/nl0340-gezondheidseffecten-van-fijn-stof-en-ozon>

Voor kankerverwekkende stoffen en reproductiestoornissen zijn enkel cijfers beschikbaar voor de beroepsbevolking.

Bron: https://www.beroepsziekten.nl/sites/default/files/documents/beroepsziekten_in_cijfers_2016.pdf

Vraag 181

Hoeveel cliënten- en patiëntenstops waren er afgelopen jaar? En hoe was dit voorgaande jaren? Kunt u dit aangeven per zorgsector?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 32.

Vraag 182

In het kader van «gezond en veilig opgroeien», kunt u aangeven of de voedselcontactmaterialen BPS en BPF worden uitgefaseerd?

Antwoord:

In de kamerbrief van 29 september 2017 (TK 32 793, nr. 281) heb ik uw Kamer meegedeeld dat de normen voor bisfenol A (BPA) in voedselcontactmaterialen in de Europese Unie meer dan gedecimeerd worden. Voor het gebruik van BPS in plastics geldt al een Europese norm die op dezelfde hoogte ligt als die onlangs voor BPA is overeengekomen. Hiermee wordt een te hoge blootstelling aan deze stoffen voorkomen. De Europese verordening staat het gebruik van BPF in plastics niet toe. In de Nederlandse wetgeving zijn BPS en BPF in coatings toegelaten. Voor BPS geldt bij coatings eenzelfde norm als die voor plastics. De normering van BPF in coatings wordt met een komende herziening van de wetgeving aangepast.

Vraag 183

Wat is de gemiddelde ligduur in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen?

Antwoord:

Om een gemiddelde ligduur te bepalen is het noodzakelijk om de exacte ligduur te kennen van alle cliënten in een populatie. Het CBS heeft van de cliënten die in een recent kwartaal in een V&V-instelling zijn overleden de gemiddelde verpleegduur bepaald voor zover over de exacte datum van opname informatie beschikbaar was. U treft de tabel aan op: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/publicaties-2016/personen-met-gebruik-vv-op-moment-van-overlijden>
De gemiddelde ligduur van cliënten die in het vierde kwartaal van 2014 zijn overleden met een indicatie ZZP01 en ZZP02 bedroegen 1.738 respectievelijk 1.661 dagen (Tabel 2), dus ca. 4,5 jaar (er vanuit gaande dat dit een verzorgingshuis plek betreft). De gemiddelde verpleegduur van cliënten die in het vierde kwartaal van 2014 zijn overleden met een indicatie VV05 is circa 3 jaar (verpleeghuiszorg).

Om een betrouwbaar beeld te krijgen van de lengte van de verpleegduur van cliënten die recentelijk zijn opgenomen met een hoog zcp, is het zinvol te kijken naar de mediane verpleegduur. De mediane verpleegduur bedraagt iets minder dan 2 jaar (ongeveer 600 dagen). Ik heb u hierover geïnformeerd in mijn brief van 11 juli jl (Kamerstuk 29 515, nr. 418). Het bronmateriaal treft u aan op: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/publicaties-2017/mediane-duur-tot-overlijden-gebruik-en-indicatie-vv-zcp>

De gemiddelde ligduur in ziekenhuizen bedraagt ca. 5 dagen. Voor een toelichting verwijs ik u naar de Staat van de Volksgezondheid en Zorg: <https://www.staatvvenz.nl/kerncijfers/ligduur-ziekenhuizen>

Vraag 184

Heeft u inzicht in hoeverre de voorlichting uit de folder «Zwanger!» vrouwen daadwerkelijk bereikt? Zo ja, hoeveel vrouwen bereikt u met de huidige voorlichting?

Antwoord:

De afspraak is dat De folder «Zwanger!» door alle verloskundig zorgverleners uitgereikt wordt tijdens het eerste consult tijdens de zwangerschap.

Vraag 185

Wat doet u eraan om ervoor te zorgen dat kwetsbare groepen, zoals zwangere vrouwen en kinderen, niet worden blootgesteld aan voedsel-contactmaterialen als BPS en BPF?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 182.

Vraag 186

Kunt u een inschatting maken van de financiële opbrengsten van elke geïnvesteerde euro in ziektepreventieve en gezondheidsbevorderende maatregelen?

Antwoord:

Nee. Een overzicht van de financiële opbrengsten van «elke geïnvesteerde euro» bestaat niet. Voor ziektepreventie en gezondheidsbevorderende maatregelen hoeven overigens niet altijd veel euro's geïnvesteerd te worden. Goede voorbeelden hiervan zijn de maatregelen die worden genomen in tabakswetgeving en de alcoholwetgeving (waaronder de invoering van de leeftijdsgrens). In 2016 is in het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Gezonde Leefstijl (TK 32 793, nr. 240) geconcludeerd dat er nog te weinig bekend is over de omvang van de maatschappelijke welvaartseffecten. Ook zijn in 2016 twee maatschappelijke kosten

en baten analyses over roken en alcohol uitgevoerd. Ik verwijs u hiervoor naar het antwoord op vraag 179.

Vraag 187

Wat is het budget voor de bevordering van borstvoeding?

Antwoord:

Het Voedingscentrum is het kenniscentrum voor veilige en gezonde voeding en voorziet (aanstaande) moeders/ouders en zorgprofessionals van objectieve en wetenschappelijk onderbouwde informatiematerialen en e-learning. De informatievoorziening wordt gefinancierd binnen de instellingssubsidie die door het Ministerie van EZ (duurzame voeding) en het Ministerie van VWS aan het Voedingscentrum wordt verstrekt. De totale instellingssubsidie bedraagt € 3 miljoen waaraan ieder ministerie € 1,5 miljoen bijdraagt. Binnen deze instellingssubsidie wordt ook het thema (bevorderen van) borstvoeding gefinancierd. De middelen voor voedingsgerelateerde thema's zijn echter niet specifiek geormerkt, zo ook niet voor borstvoeding.

Vraag 188

Hoeveel kost het om de bereidingsfaciliteiten in 350 apotheken op peil te houden, zodat apothekers ook kunnen bereiden bij tekorten, calamiteiten en als tegenwicht bij dure geneesmiddelen?

Antwoord:

Apothekers mogen voor patiënten van de eigen apotheek geneesmiddelen bereiden, indien zij voldoen aan alle wettelijke kwaliteitseisen en aan de KNMP Richtlijn Bereiden. Het gaat naast het inrichten en beheren van de ruimten en de apparatuur ook om het op peil houden van kennis en kunde van de bereidingsprocessen van het apothekersteam, om te voldoen aan geldende kwaliteitseisen. Het is mij onbekend hoeveel dit kost.

Vraag 189

In hoeverre zijn de opbrengsten van patentverloop meegenomen in ramingen voor geneesmiddelen?

Antwoord:

Voor de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen publiceert het Zorginstituut jaarlijks een raming. De raming wordt opgesteld op basis van ontwikkelingen in volume en prijzen van geneesmiddelen in de voorgaande jaren. In die jaren is er (ook) patentverloop geweest. De raming voor de komende jaren houdt daardoor impliciet rekening met de prijsdruk onder invloed van de Wet Geneesmiddelenprijzen, toekomstig patentverloop en het daaropvolgend preferentiebeleid van zorgverzekeraars.

Vraag 190

Heeft u een schatting van hoeveel geld er in de eerste lijn niet gaat naar zorg, maar naar administratieve lasten gaat? Kunt u dit uitsplitsen naar huisartsenzorg, farmacie en wijkverpleegkundigen?

Antwoord:

In het rapport «Evaluatie merkbaar minder regeldruk in de eerste lijn», dat ik u op 24 mei 2017 heb toegezonden (TK 29 515, nr. 416), wordt het beslag in minuten van een aantal als knelpunt ervaren (administratieve) handelingen in beeld gebracht voor de sectoren huisartsenzorg, paramedische zorg en farmacie. Ik beschik niet over gegevens betreffende het totale tijdsbeslag van administratieve handelingen, noch over de kosten daarvan. Ik vind het belangrijker om al mijn energie te steken in het

merkbaar verminderen van regeldruk dan onderzoek te doen naar hoeveel de regeldruk nu precies is.

Vraag 191

Hoeveel wordt er tot 2020 op geneesmiddelen bespaard door afloop van de patentperiode wanneer het Geneesmiddelenvergoedingen (GVS) niet herijkt wordt? Hoeveel scheelt dit met een selectieve herijking?

Antwoord:

Het is lastig om een inschatting te maken van wat jaarlijks wordt en zal worden bespaard door het aflopen van patenten. Een grove inschatting, gemaakt door het Zorginstituut, is dat dit prijsdrukkend effect op jaarlijks, gemiddeld tussen de € 60 en € 70 miljoen komt.

De opbrengst van een herberekening GVS is in het rapport Zorgkeuzes in Kaart (2015) ingeschat op € 250 miljoen. Hierbij gaat het om een totaalbedrag (niet jaarlijks), waarbij de opbrengsten worden behaald doordat de vergoedingslimieten lager komen te liggen en er vanuit is gegaan dat 15% van de patiënten overstapt naar het goedkoopste middel om bijbetalingen te voorkomen. Als het GVS wordt herberekend zullen de opbrengsten uit patentverloop minder worden, er van uit gaande dat een deel van de patiënten door de herberekening van het GVS al is overgestapt naar een goedkoper middel.

Vraag 192

Gaat er de komende jaren minder geld naar de patiëntenbeweging? Klopt het dat dit bedrag tussen de 3.6 en 4.8 miljoen euro ligt of gaat het om andere bedragen? En staat dit niet in contrast met de politiek breed gedeelde wens om de patiënt meer centraal te zetten en om de positie van patiënten te versterken?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 613.

Vraag 193

Wat vindt u van het visiedocument dat PP2021 in het voorjaar van 2017 heeft opgesteld en dat is ondertekend door 81 patiëntenorganisaties? Wat vindt u van de pleidooien voor meer betrokkenheid en inspraak van patiënten bij de totstandkoming van beleid? Hoe gaat u meer betrokkenheid en inspraak van patiënten proberen te realiseren?

Antwoord:

Ik vind het positief dat de koepels en de individuele patiënten- en gehandicaptenorganisaties zelf nadenken over wat in de toekomst nodig is voor een effectief beleidskader. Zoals uw Kamer bekend hebben wij een open dialoog over de toekomst van het beleidskader gevoerd, met kleine en grote organisaties in de cure en care alsook individuele cliënten en andere belanghebbenden. Het Patiëntenperspectief2021 was hierbij ook vertegenwoordigd. In de zomer van 2017 bent u geïnformeerd over de uitkomsten. De beleidsinhoudelijke reactie is aan mijn opvolger.

Vraag 194

Worden verloskundigen getraind in de risico's van hormoonverstorende en andere schadelijke chemicaliën voor de foetus?

Antwoord:

In de opleiding tot verloskundige wordt aandacht besteed aan leefstijladviezen aan zwangeren, zoals voeding, beweging en schadelijke stoffen.

Vraag 195

In hoeverre kan de toename aan begrote uitgaven aan zorg, welzijn en jeugdzorg op Caribisch Nederland van 2016 tot en met 2022 worden toegeschreven aan uitgaven aan de jeugdzorg? Wat zijn de verwachte uitgaven voor jeugdzorg op Caribisch Nederland in de periode na 2018?

Antwoord:

De toename van deze uitgaven betreft de (geraamde) groei van de zorguitgaven. Het budget voor jeugdzorg op dit onderdeel fluctueert alleen als gevolg van de jaarlijks veranderende euro dollar wisselkoers. In dollars blijft dit budget van \$ 3,1 miljoen hetzelfde.

Vraag 196

Waaruit blijkt dat de kwaliteit van de Nederlandse zorg nog steeds hoog staat in internationale vergelijkingen? Kan er een overzicht gegeven worden van deze vergelijkingen, specifiek ten aanzien van de levensverwachting?

Antwoord:

Ik vind het belangrijk de kwaliteit van de Nederlandse zorg ook internationaal te spiegelen. Daarvoor gebruik ik verschillende bronnen. De 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. De meest recente rapportage daarvan verscheen in juli jongstleden op <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/jul/mirror-mirror-international-comparisons-2017>. Verder bevatten de databases van Eurostat en de WHO statistieken 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. Kwaliteit van zorg is echter niet de enige determinant van de levensverwachting. Ook andere factoren spelen hier op in, zoals een gezonde leefstijl. Voorgenoemde bronnen bevatten daarom ook indicatoren over de levensverwachting en leefstijlfactoren.

Vraag 197

Voor de scholing en werving van personeel voor verpleeghuizen stelt het kabinet over de periode 2017–2021 in totaal € 275 miljoen beschikbaar. Op welke manier worden deze kosten in 2018 binnen de VWS-begroting gedekt?

Antwoord:

De middelen worden in 2018 gedekt, gedeeltelijk door de middelen voor de arbeidsmarktagenda die bij de onderhandelingen over het nieuwe kabinet via de formatietafel beschikbaar zijn gekomen, en gedeeltelijk binnen het integrale beeld van mee- en tegenvallers op de VWS-begroting.

Vraag 198

Vanaf 2018 maakt het kabinet 335 miljoen vrij zodat verpleeghuizen het kwaliteitskader verder kunnen implementeren. Op welke manier worden deze kosten binnen de VWS-begroting gedekt?

Antwoord:

De extra middelen voor het kwaliteitskader zijn gedekt binnen het integrale beeld van mee- en tegenvallers.

Vraag 199

Voor de scholing en werving van personeel voor verpleeghuizen stelt het kabinet voor de periode 2017–2021 275 miljoen beschikbaar, zijn deze gelden ook bedoeld voor de begeleiding van leerlingen op werkvloer zodat deze uren niet vanuit de directe zorguren worden gefinancierd? Worden uit deze gelden ook de verletkosten gefinancierd?

Antwoord:

Ik werk hard aan de vormgeving van de wijze waarop de verdeling van de middelen plaats zal vinden. Daarbij zal ook nadrukkelijk aandacht worden geschonken aan de begeleidingskosten. Ik hoop u deze herfst over de nadere uitwerking te kunnen informeren.

Vraag 200

Hoe wordt voorkomen dat de 335 miljoen van het kwaliteitskader door zorgorganisaties gebruikt gaan worden voor het opvullen van financiële tekorten?

Antwoord:

De Wlz-uitvoerders hanteren bij de zorginkoop onder meer de voorwaarden van het kwaliteitskader. Daarover moet ook verantwoording worden afgelegd. De inzet van de Wlz-uitvoerders, maar bijvoorbeeld ook de cliëntraden van individuele instellingen, is ervoor te zorgen dat met de extra middelen de benodigde zorg en aandacht voor ouderen structureel wordt verbeterd. Ook de IGZ zal hierop toezien.

Vraag 201

Kan de regering de precieze opdracht om ambtelijk-technisch uit te werken hoe de regering de wettelijke bevoegdheid kan krijgen om te toetsen of de (uitzonderlijke) gevolgen van kwaliteitsstandaarden – zoals de uitvoerbaarheid en budgettaire impact – aanvaardbaar zijn, aan de Kamer doen toekomen?

Antwoord:

De opdracht van de regering is om met het oog op het nieuwe kabinet ambtelijk (wettelijke) maatregelen voor te bereiden om meer (financiële) checks en balances op te nemen in het huidige proces van totstandkoming en van kracht worden van kwaliteitsstandaarden. Het gaat er daarbij onder meer om dat de betrokken partijen gedurende het proces beter de afweging tussen kwaliteit en budgettaire impact maken en dat er een mogelijkheid voor de Minister van VWS wordt om gecreëerd om vanwege het algemeen belang te kunnen ingrijpen.

Vraag 202

Op welke termijn is de opdracht om ambtelijk-technisch uit te werken hoe de regering de wettelijke bevoegdheid kan krijgen om te toetsen of de (uitzonderlijke) gevolgen van kwaliteitsstandaarden – zoals de uitvoerbaarheid en budgettaire impact – aanvaardbaar zijn volbracht?

Antwoord:

De planning is dat zo spoedig mogelijk nadat het nieuwe kabinet is aangetreden de varianten en de consequenties in kaart zijn gebracht, zodat de voorbereiding van de eventueel noodzakelijk geachte wetswijziging kan worden gestart. Het nieuwe kabinet besluit over het in procedure brengen van een wetsvoorstel.

Vraag 203

Wat zijn de precieze redenen voor het kabinet om ambtelijk-technisch uit te laten werken hoe de regering de wettelijke bevoegdheid kan krijgen om te toetsen of de (uitzonderlijke) gevolgen van kwaliteitsstandaarden – zoals de uitvoerbaarheid en budgettaire impact – aanvaardbaar zijn?

Antwoord:

Gelet op de financiële impact van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is besloten te bezien of de Minister van VWS bij de vaststelling van toekomstige kwaliteitsstandaarden, in uiterste gevallen, afdoende in staat is in te grijpen. De beslissingen over de hoogte en de samenstelling van het Budgettair Kader Zorg behoren tot het politieke domein. Aandachtspunt is verder de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van kwaliteitsstandaarden, gelet op bijvoorbeeld de krapte op de arbeidsmarkt. Ook is van belang dat door kwaliteitsstandaarden de continuïteit en de innovatie van zorg niet in het geding komen. Bezien wordt in hoeverre het noodzakelijk is deze randvoorwaarden via wet- en regelgeving af te dwingen.

Vraag 204

Welke varianten laat de regering uitwerken in de opdracht om ambtelijk-technisch uit te werken hoe de regering de wettelijke bevoegdheid kan krijgen om te toetsen of de (uitzonderlijke) gevolgen van kwaliteitsstandaarden – zoals de uitvoerbaarheid en budgettaire impact – aanvaardbaar zijn?

Antwoord:

In de ambtelijk-technische uitwerking wordt bezien waar het proces van de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden kan worden verbeterd door het opnemen van meer (financiële) checks en balances. Daarbij wordt zowel gekeken naar de rol van partijen (budgettaire impact en kwaliteit), als naar de rol die het Zorginstituut, de IGZ en de NZa in het proces zouden kunnen vervullen zodat de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid is gewaarborgd en de budgettaire impact tijdig kan worden meegewogen. Ook wordt gekeken naar een optie voor ingrijpen door de Minister van VWS als laatste middel.

Vraag 205

Waarom acht het kabinet het noodzakelijk om met de opdracht om ambtelijk-technisch uit te werken hoe de regering de wettelijke bevoegdheid kan krijgen om te toetsen of de (uitzonderlijke) gevolgen van kwaliteitsstandaarden – zoals de uitvoerbaarheid en budgettaire impact – aanvaardbaar zijn de ruimte te creëren om kwaliteitsstandaarden naast zich neer te leggen?

Antwoord:

Het kabinet acht het gewenst om meer (financiële) checks en balances in het proces op te nemen. Op die manier kan bijvoorbeeld beter worden geborgd dat door partijen voldoende aandacht wordt besteed aan kwaliteit versus budgettaire impact, dat toezicht en handhaving van de kwaliteitsstandaarden door de IGZ mogelijk is en dat de NZa beziet of innovatie door de beoogde kwaliteitsstandaarden niet wordt belemmerd en de budgettaire impact in kaart brengt. Daardoor wordt het gedurende het proces van totstandkoming van de kwaliteitsstandaard makkelijker om waar nodig de standaard aan te passen. Als uiterste optie wordt gekeken naar de mogelijkheid van ingrijpen door de Minister van VWS.

Vraag 206

Het kabinet heeft verder opdracht gegeven om ambtelijk-technisch uit te werken hoe de regering de wettelijke bevoegdheid kan krijgen om te

toetsen of de (uitzonderlijke) gevolgen van kwaliteitsstandaarden-zoals de uitvoerbaarheid en budgettaire impact-aanvaardbaar zijn. Op dit moment is deze bevoegdheid er niet. Kan er gegarandeerd worden dat een volgend kabinet geen wijzigingen kan inbrengen in de 2.1 miljard die voor de verpleeghuizen gegarandeerd zijn?

Antwoord:

Het kostenonderzoek van de NZa leidt tot meer duidelijkheid over het jaarlijks bedrag dat het kabinet binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) beschikbaar moet stellen voor het kwaliteitskader. De voorgenomen wettelijke bevoegdheid kan, zodra deze van kracht wordt, de bijdrage vanuit het BKZ beïnvloeden. Het nieuwe kabinet besluit uiteindelijk over het in procedure te brengen voorstel.

Vraag 207

Wat is de reden dat het kabinet heeft besloten om bovenop de compensatie de stijging van de zorgpremie en het gemiddeld eigen risico voor de laagste inkomens de zorgtoeslag (nog) verder te verhogen?

Antwoord:

Het kabinet beziet jaarlijks in augustus of er sprake is van een evenwichtig inkomensbeeld. Indien dat in eerste instantie niet het geval is, wordt met de daarvoor beschikbare instrumenten een zodanige bijstelling bewerkt dat er wel een evenwichtig inkomensbeeld ontstaat. De zorgtoeslag is daarbij ingezet omdat het verhogen daarvan een adequate manier is om alle huishoudens met een laag inkomen te bereiken.

Vraag 208

Acht het kabinet de in de periode 2017–2021 in totaal 275 miljoen euro die beschikbaar wordt gesteld voor scholing van personeel afdoende?

Antwoord:

Het kabinet gaat ervan uit dat met de beschikbaar gestelde middelen en de inzet en bijdragen van de andere bij scholing betrokken partijen (de plannen kennen een aanzienlijke co-financiering) een adequate uitvoering van de arbeidsmarktagenda mogelijk is.

Op dit moment werken de partijen, zowel landelijk als regionaal, aan het nader uitwerken en uitvoeren van deze agenda.

Vraag 209

Wanneer worden de resultaten bekend van de opdracht om ambtelijk-technisch uit te werken hoe de regering de wettelijke bevoegdheid kan krijgen om te toetsen of de (uitzonderlijke) gevolgen van kwaliteitsstandaarden – zoals de uitvoerbaarheid en budgettaire impact – aanvaardbaar zijn?

Antwoord:

Het is aan het nieuwe kabinet om een besluit te nemen over het in procedure brengen van een wetsvoorstel.

Vraag 210

In het kader van het kwaliteitskader zullen de bekostigingsmethodiek en de tarieven worden aangepast om zoveel mogelijk geld van het beschikbare budget in te zetten voor zorg, op welke manier gaat dit gebeuren?

Antwoord:

De NZa voert op dit moment een kostprijsonderzoek en dit kan leiden tot een tariefswijziging. Het kabinet heeft daarnaast afgesproken dat er een benchmark wordt ontwikkeld.

Vraag 211

De praktijkteams zullen blijven bestaan. Uit hoeveel mensen bestaat het praktijkteam? Wat zijn de kosten van het praktijkteam? Hoe vaak wordt het praktijkteam geraadpleegd?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 143.

Vraag 212

Het extra geld voor de verpleeghuizen leidt er toe dat er vanaf volgend jaar extra mensen aan de slag kunnen. Hoeveel medewerkers zijn er onder Rutte II ontslagen in de verpleeghuizenzorg?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over ontslagen specifiek in de V&V sector. Wel zijn er cijfers voor de VVT sector als geheel. In de periode 2014–2016 zijn er ruim 15,5 duizend meldingen collectief ontslag gedaan. Van die meldingen hebben er uiteindelijk bijna 9 duizend geleid tot een ontslag-aanvraag, waarvan bijna 5 duizend zijn goedgekeurd. Bij het gebruik van vaststellingsovereenkomsten in geval van ontslag met wederzijds goedvinden en faillissementen is er echter geen ontslagvergunning van het UWV noodzakelijk. Deze mensen zitten dus niet in bovenstaande cijfers, maar kunnen wel recht hebben op WW. De totale werkgelegenheid in de VVT sector is in de periode 2012–2015 gedaald met ongeveer 56 duizend personen (23 duizend fte). In 2016 was de werkgelegenheid in de VVT vrijwel stabiel en vanaf dit jaar stijgt de werkgelegenheid.

Vraag 213

Hoeveel regionale loketten, die huisartsen en ziekenhuizen snel helpen bij het vinden van een juiste plek voor patiënten, zijn er inmiddels ingericht door zorgverzekeraars? Wat is de dekkinggraad? In welke gebieden is dit nog onvoldoende?

Antwoord:

Zorgverzekeraars Nederland heeft op mijn verzoek 1 september een stand van zaken gestuurd over de inrichting van regionale coördinatiepunten. Deze brief stuur ik als bijlage mee². In 9 van de 31 regio's zijn er loketten die de hele regio afdekken en 7 regio's gedeeltelijk. ZN voorziet per 1 januari 2018 volledige dekking in twee derde van de 31 regio's en per 1 april 2018 in alle regio's.

Vraag 214

Hoeveel meer bedden in de eerste lijn zijn er nodig?

Antwoord:

De structurele € 55 miljoen per jaar extra voor eerstelijnsverblijf (ELV) is bedoeld om onnodige drukte op de SEH te verminderen. Het totale budget van € 312,6 miljoen (zie p. 229 van de VWS-begroting) geeft, bij een geschat tarief van ca € 220 per dag, ruimte aan een circa 3.900 voltijds-plaatsen. Dit zijn ongeveer 600 plaatsen meer dan vorig jaar. We spreken gemakshalve wel van bedden, maar het gaat eigenlijk om capaciteit: hoeveel personen kunnen de benodigde zorg ontvangen. Met een gemiddelde opnameduur van veertig dagen en een volledige bezetting kunnen jaarlijks circa 35.000 mensen geholpen worden. Uit de marktscan van de NZa over de acute zorg van 11 september 2017 (Kamerstuk 29 247, nr. 236, bijlage blg-817490) blijkt dat er geen signalen zijn dat er landelijk onvoldoende ELV-capaciteit is ingekocht door zorgverzekeraars.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Vraag 215

Voor eerstelijnsbedden is voor 2018 315 miljoen euro beschikbaar gesteld, hoeveel eerstelijnsbedden kunnen hiervoor bekostigd worden?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 214.

Vraag 216

Hoeveel ouderen die in eerste instantie op een eerstelijnsbed opgenomen werden stromen er uiteindelijk door naar de Wlz?

Antwoord:

Uit de cijfers van het Zorginstituut, gebaseerd op declaratiegegevens Wlz van zorgkantoren, blijkt dat in 2016 ongeveer een kwart van de ouderen die opgenomen waren in eerstelijnsverblijf, zijn doorgestroomd naar de Wlz. Voor 2017 zijn deze cijfers nog niet bekend.

Vraag 217

Hoeveel ouderen die gebruik maakten van een eerstelijnsbed deden dit voor de tweede of derde keer?

Antwoord:

Uit de marktscan van de NZa over de acute zorg (11 september 2017) blijkt dat in 2016 het totaal aantal unieke patiënten 26.940 is voor de drie type prestaties van de ELV. Het totaal aantal patiënten is 27.708, dat is 768 meer dan de unieke patiënten. Dit betekent dat maximaal 768 personen voor een tweede keer zijn opgenomen. Het aantal is lager als er ook personen bij zijn die voor een derde keer opgenomen zijn.

Vraag 218

Hoeveel ouderen die opgenomen waren in het ziekenhuis moesten daar noodgedwongen blijven omdat er geen eerstelijnsbed beschikbaar was?

Antwoord:

Het is mij niet bekend hoeveel ouderen noodgedwongen in het ziekenhuis moesten blijven omdat er niet tijdig vervolgzorg gevonden kon worden.

Vraag 219

Hoeveel ouderen die de spoedeisende hulp bezochten en opgenomen werden waren daar ten gevolge van een valincident thuis? Hoeveel waren daar door slechte voedingstoestand? Hoeveel waren daar ten gevolge van onjuist medicijngebruik? Hoeveel waren daar als gevolg van een vorm van dementie?

Antwoord:

Uit gegevens van het Letselinformatiesysteem van VeiligheidNL blijkt dat in 2016 49.300 ouderen (65+) de SEH hebben bezocht na een val in en om het huis. Het gaat om circa de helft van het totale aantal SEH-bezoeken (96.200) als gevolg van valongevallen bij ouderen. In het LIS wordt niet geregistreerd in hoeverre slechte voedingstoestand, onjuist medicijngebruik of dementie een rol speelde bij de valincidenten. Uit onderzoek onder 200 ouderen die gevallen waren, blijkt 4% dementie had en dat 80% een of meer medicijnen gebruikte. Of deze factoren de val hadden veroorzaakt, is niet op basis van dit onderzoek te concluderen. Vallen bij ouderen is meestal een optelsom is van meerdere risicofactoren. Bron: Panneman M en Nijman S, «Ouderen op de SEH: na een val in beeld», VeiligheidNL 2016.

SEH-bezoeken 2016

(Privé)Valongevallen 65 jaar en ouder	96.200	100%
In woonhuis	42.000	44%
Om woonhuis	7.300	8%
In/om woonhuis	49.300	51%

Ziekenhuisopnamen na SEH-bezoek 2016

(Privé)Valongevallen 65 jaar en ouder	37.300	100%
In woonhuis	20.200	54%
Om woonhuis	2.300	6%
In/om woonhuis	22.500	60%

Bron: VeiligheidNL

Vraag 220

Binnen een jaar moeten de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) terug zijn op de afgesproken termijnen. Wat als dat niet gehaald wordt? Is er dan een plan B?

Antwoord:

Partijen zijn voortvarend aan de slag met de uitvoering van de afspraken over wachttijden. Ik ga er dan ook van uit dat de afspraken die ik met partijen ben overeengekomen, worden nagekomen. Eind van dit jaar brengt de NZa een eerste rapportage uit over de stand van zaken. De volgende rapportage volgt voor de zomer van 2018.

Vraag 221

Kunt u toelichten waarom de wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg en in de geestelijke zijn toegenomen?

Antwoord:

Over de achtergronden van de wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg en de ggz heb ik uw Kamer geïnformeerd met het NZa-actieplan wachttijden in de zorg, de NZa-marktscan medisch-specialistische zorg 2016 en de marktscan ggz 2016 (TK 29 248, nr. 353). Daarnaast heeft de NZa het verdiepend rapport wachttijden in de medisch-specialistische zorg uitgebracht (TK 29 248, nr. 306).

Vraag 222

Welke aanvullende informatie moeten zorgverzekeraars geven, zowel voor hun basispakket als voor de aanvullende polis?

Antwoord:

- Op grond van de Wmg heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels gesteld in haar regeling TH/NR-010, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. Daarin schrijft de NZa onder andere voor dat zorgverzekeraars hun verzekerden moeten informeren over wijzigingen in de polisvoorwaarden, vergoedingen, de klachtenregeling, het gecontracteerd zorgaanbod, vergoedingen voor (niet-) gecontracteerde zorg, volumeafspraken en omzetplafonds, het voorkeursbeleid geneesmiddelen, of de polis een naturapolis, combinatiepolis of restitutiepolis betreft en moet de zorgverzekeraar transparant zijn over (nagenoeg) gelijke polissen. Ook moeten alle beperkende toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering vermeld worden.

Vraag 223

Hoeveel hbo-verpleegkundigen, mbo-verpleegkundigen, verzorgenden niveau 3 en helpenden niveau 2 zijn er werkzaam in de verpleeghuis zorg?

Antwoord:
Zie onderstaande tabel voor de aantallen uit 2016.

hbo-verpleegkundigen	3.466
mbo-verpleegkundigen	24.174
verzorgende (niveau 3)	95.053
helpende (niveau 2)	19.828

Bron: Onderzoeksprogramma Zorg & Welzijn

Vraag 224

Hoeveel medewerkers hebben er een parttime contract, per niveau? Wat is het percentage van deze contracten?

Antwoord:

In 2016 is het aantal parttime banen in de sector gezondheids- en welzijnzorg 1,005 miljoen (CBS Statline). Een uitsplitsing naar niveau is niet beschikbaar.

De arbeidsduur van deze contracten bedraagt gemiddeld 21,1 uur.

Uitgaande van de gemiddelde arbeidsduur in deze sector van 36,6 uur komt het percentage daarmee op 0,58.

Vraag 225

De nieuwe normen voor verpleeghuiszorg hebben gevolgen voor de wijze van toezicht. Toezichthouders moeten het gesprek aangaan met zorgverleners. Deelt u de mening dat in een systeem waarin de bewoner centraal staat het gesprek ook aangegaan zou moeten worden met de bewoner en zijn naasten?

Antwoord:

Sinds 1 maart 2017 past de IGJ i.o. het nieuwe toezichtkader toe, mede gebaseerd op de uitgangspunten van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Een belangrijke verandering in dit nieuwe toezichtkader is aandacht voor persoonsgerichte zorg. IGJ i.o. neemt tijdens haar inspectiebezoeken plaats in huiskamers om te observeren en spreekt tijdens het bezoek met bewoners, familie en medewerkers.

Vraag 226

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:

Hierbij een tabel met de uitgaven aan geneesmiddelen in de afgelopen jaren.

bedragen x 1.000.000	2012	2013	2014	2015	2016
extramurale geneesmiddelen (bron: GIP databank)	€ 3.267	€ 2.966	€ 2.954	€ 3.070	€ 3.130
intramurale geneesmiddelen (add-on) (bron: NZa, monitor uitgaven geneesmiddelen in de MSZ)	€ 1.494	€ 1.611	€ 1.740	€ 1.857	€ 1.987
totaal geneesmiddelen	€ 4.761	€ 4.577	€ 4.694	€ 4.927	€ 5.117

Voor het jaar 2015 (intramuraal) en 2016 (extra- en intramuraal) betreffen het inschattingen.

Vraag 227

Wat is de budgetimpact van weesgeneesmiddelen op dit moment in Nederland? Graag gespecificeerd naar product en het aantal patiënten dat de behandeling ondergaat.

Antwoord:

Op dit moment heb ik geen nauwkeurig en volledig overzicht van de budgetimpact van weesgeneesmiddelen in Nederland gespecificeerd naar product en het aantal patiënten dat de behandeling ondergaat. Het Zorginstituut zal in de Monitor Weesgeneesmiddelen hier een zo volledig mogelijk overzicht van geven voor de jaren 2012–2015. Deze publicatie wordt verwacht uiterlijk in eerste kwartaal van 2018.

Om aan uw informatiebehoefte tegemoet te komen, heb ik op basis van de informatie beschikbaar in de GIPdatabank en Vektis een *quick scan* gemaakt. Het betreft cijfers uit 2015. Dit zijn de meest recente cijfers die op dit moment beschikbaar zijn. Het betreft 31 extramurale weesgeneesmiddelen met een budgetimpact van € 104 miljoen voor ruim 360 duizend patiënten en 18 intramurale weesgeneesmiddelen met een budgetimpact van ruim € 190 miljoen voor ongeveer 2.300 patiënten. De budgetimpact en patiëntaantallen liggen waarschijnlijk in werkelijk iets lager dan deze totalen. Dit komt omdat sommige middelen zowel indicaties hebben met een weesgeneesmiddelstatus als «reguliere» indicaties. In Vektis/GIP kunnen cijfers niet op indicatie-niveau worden verstrekt, waardoor voor sommige middelen in het totaal ook de «reguliere» indicaties zijn meegenomen.

Vraag 228

Wat zijn de laatste schattingen van het aantal patiënten met een zeldzame aandoening (het liefst uitgesplitst in oncologisch en niet-oncologisch) in Nederland?

Antwoord:

Op grond van de Europese definitie voor een zeldzame aandoening, gaat het in Nederland om ongeveer 1 miljoen patiënten. Volgens kennisinstituut Orphanet (www.orphanet.net) gaat het om 5 a 8% van de totale populatie. Het betreft in totaal 5.000 a 8.000 aandoeningen. Het is niet bekend welk percentage daarvan zich oncologisch manifesteert. Wel kan worden gezegd dat het merendeel van de zeldzame aandoeningen een genetische component bevat.

Vraag 229

Hoe staat het met de herziening van de governance/toezichtstructuur in de langdurige zorg?

Antwoord:

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg leggen vast wat noodzakelijk is om goede zorg aan de cliënt te verlenen. Zorgaanbieders zijn verplicht om goede zorg te leveren. Cliënten op hun beurt hebben recht op goede zorg. Primair ligt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van zorg bij het bestuur van de zorgaanbieder. De raad van toezicht houdt hier intern toezicht op. De inspectie houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en spreekt daar ook de raad van toezicht op aan. De inspectie heeft, mede gebaseerd op het kwaliteitskader, een toetsingskader opgesteld waarmee zij aangeeft wat haar focus is ten aanzien van het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Vanaf 13 maart gebruikt de inspectie het nieuwe toetsingskader voor het toezicht op de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Daarmee is voor alle partijen duidelijk waaraan men moet voldoen en wat kwalitatief goede zorg inhoudt. De NZa is in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg

gevraagd om een normenkader te maken om te komen tot nieuwe bekostiging en waar nodig nieuwe beleidsregels.

Vraag 230

Op welke wijze wordt het instrument van voorwaardelijke toelating aangepast? Waarom is de Kamer hier niet begin dit jaar over geïnformeerd, zoals eerder toegezegd? Ontvangt de Kamer de toegezegde informatie nog voor de begrotingsbehandeling?

Antwoord:

In de stand van zakenbrief die ik u 6 juli 2017 heb toegestuurd (TK 34 550 XVI, nr. 144) heb ik aangegeven dat het uitwerkingstraject van de subsidieregeling is gestart en dat ik de besluitvorming over de nieuwe regeling – in verband met het feit dat uw Kamer de eerder genoemde brief controversieel heeft verklaard – over laat aan een volgend kabinet.

Vraag 231

Door welke maatregelen komt innovatieve zorg eerder in het basispakket?

Antwoord:

In mijn brief van 21 februari 2017 (TK 29 689, nr. 806) heb ik aangekondigd om de huidige voorwaardelijke pakkettoelating te vervangen door een beter toegankelijke en meer effectieve subsidieregeling gericht op onderzoek naar nieuwe, veelbelovende en pakketwaardige interventies. Met als doel dat innovaties voor de patiënt op een veilige wijze én sneller dan voorheen in het basispakket kunnen stromen. Deze subsidieregeling wordt momenteel uitgewerkt.

Vraag 232

Van welke dure geneesmiddelen verloopt in 2017 en 2018 het patent? Wat is de geraamde besparing hiervan?

Antwoord:

Op dit moment hebben we geen overzicht van welke dure geneesmiddelen in 2017 en 2018 uit patent lopen. Zie m.b.t. geraamde besparing van patentverloop het antwoord op vraag 189.

Vraag 233

Wat is de reden dat door decentralisatie de administratieve lasten hoog zijn opgelopen?

Antwoord:

Bij de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet zijn aanbieders, en in het bijzonder de aanbieders die te maken kregen met meerdere gemeenten, geconfronteerd met verschillende eisen en voorwaarden bij de contractering, verantwoording en declaratie/facturatie. Dit is deels een gevolg van de transformatie binnen het sociaal domein die leidt tot nieuwe diensten en verhoudingen tussen gemeenten en aanbieders maar heeft als negatief effect dat de administratieve lasten hoog zijn.

Vraag 234

Hoeveel geld is er bespaard door gezamenlijke prijsonderhandelingen w.b. medicijnen in met België, Luxemburg en Oostenrijk?

Antwoord:

Pas recent is er gestart met pilots waarin gezamenlijk met andere landen wordt onderhandeld. Op dit moment is er één gezamenlijke onderhandeling binnen de BeNeLuxA afgerond. De uitkomst daarvan was dat we niet tot een aanvaardbare prijs en dus niet tot een vergoeding zijn

gekomen. Er zijn dan dus ook nog geen besparingen/ lagere uitgaven door gezamenlijke onderhandelingen.

Vraag 235

Welke andere Europese landen hebben interesse in gezamenlijke Europese samenwerking wat betreft prijsonderhandelingen over medicijnen?

Antwoord:

Zoals eerder is aangegeven in het schriftelijk overleg van 2 februari 2017 over de geneesmiddelenvisie (Kamerstuk 2017–2018, 29 477, nr. 414) hebben Ierland en Zwitserland formeel aangegeven nadere samenwerking met het BeNeLuxA Initiative te willen onderzoeken.

Daarnaast zijn vanuit de BeNeLuxA ook alle Europese landen uitgenodigd om deel te nemen aan de opzet van een internationale horizonscan om meer inzicht te krijgen in de te verwachten nieuwe geneesmiddelen.

Vraag 236

Op welke manier gaat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn toezicht uitvoeren op de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg?

Antwoord

De inspectie heeft het kwaliteitskader meegenomen in haar nieuwe toetsingskader wat zij vanaf 13 maart 2017 hanteert bij haar toezicht op de verpleegzorg en de gehandicaptenzorg. Het toetsingskader bestaat uit drie pijlers: persoonsgerichte zorg; deskundigheid en inzet personeel en sturen op kwaliteit en veiligheid. De inspectie heeft daarbij altijd de bevoegdheid om breder te toetsen dan de elementen die opgenomen zijn in het toetsingskader. De zorgaanbieders moeten zich immers houden aan de wet- en regelgeving en veldnormen die zijn geregistreerd.

Als de inspectie op basis van haar toezicht concludeert dat er sprake is van een ongewenste situatie omdat aan één of meer normen niet wordt voldaan, zal zij interveniëren. Interviëren betekent niet dat de inspectie meteen gaat handhaven, dit is contextafhankelijk. Wanneer de inspectie voldoende vertrouwen heeft in de verbeterkracht van een aanbieder dan kan de inspectie er voor kiezen om te volstaan met een interventie, niet zijnde een handhavingmaatregel. Bij onvoldoende vertrouwen in de verbeterkracht zal de inspectie een handhavinginstrument inzetten. Tevens zal de inspectie mede op verzoek van de Tweede Kamer in een meerjarencyclus van vier jaar de gehele sector van de verpleegzorg in beeld brengen.

Vraag 237

De wijkverpleging gaat zich meer richten op de persoonlijke wensen en behoefte van mensen. Betekent dit ook dat mensen keuzevrijheid hebben in de keuze van zorgaanbieder?

Antwoord:

Mensen hebben in principe keuzevrijheid ten aanzien van aanbieder van wie zij de zorg willen ontvangen. Het kan echter zo zijn dat een zorgaanbieder geen ruimte heeft om (binnen een redelijke termijn) nieuwe cliënten aan te nemen. De zorgverzekeraar moet de cliënt in deze situatie actief bemiddelen naar een andere aanbieder.

Ook is het afhankelijk van de polis van de verzekerde of de zorg helemaal vergoed wordt. Verzekerden hebben keuzevrijheid voor een polis, zij kunnen ieder jaar kiezen voor de best passende polis.

Zorgverzekeraars zijn op grond van de regelgeving van de NZa (TH/NR-010 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten) verplicht om duidelijkheid te bieden over wat een polis

inhoudt. Dat geldt ook voor afspraken die zij maken met een zorgaanbieder als deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde. Zorgverzekeraars dienen op de website per soort zorgaanbieder een overzicht te presenteren van welke afspraken gemaakt zijn en welke mogelijke consequenties dit voor de verzekerde kan hebben.

Vraag 238

Het tekort aan zorgprofessionals loopt op. Hoeveel zorgprofessionals zijn er onder Rutte II ontslagen?

Antwoord:

In totaal is er in de periode januari 2014-september 2016 voor ruim 26 duizend medewerkers een melding van collectief ontslag gedaan. Dat heeft geleid tot ongeveer 17 duizend daadwerkelijke ontslagaanvragen, waarvan er ruim 9,5 duizend zijn goedgekeurd door het UWV. Bij het gebruik van vaststellingsovereenkomsten in geval van ontslag met wederzijds goedvinden en faillissementen is er echter geen ontslagvergunning van het UWV noodzakelijk. Deze mensen zitten dus niet in bovenstaande cijfers, maar kunnen wel recht hebben op WW. In de periode 2012–2015 daalde het aantal werknemers in de zorg en welzijn met 77 duizend van 1,2 miljoen (856 duizend fte) naar 1,123 miljoen (826 duizend fte). Halverwege 2016 is de werkgelegenheid binnen zorg en welzijn weer gaan stijgen. Eind 2016 bedroeg de werkgelegenheid ongeveer 1,136 miljoen. In het eerste kwartaal van 2017 is dat verder gestegen naar 1,145 miljoen (843 duizend fte).

Vraag 239

Het tekort aan zorgprofessionals loopt op. Hoe groot is dit tekort uitsplits per zorgsector en beroep?

Antwoord:

In de brief «Gezamenlijke arbeidsmarktagenda zorg voor ouderen» (TK 29 282, nr. 272) heb ik u uitgebreid geïnformeerd over de verwachte tekorten voor de komende jaren.

Vraag 240

Uit recente publicaties komt naar voren dat twee van de drie onderdelen van het Deltaplan Dementie geschrapt en vervangen zijn, kunt u aangeven wat nu de pijlers van dit Deltaplan zijn en hoe getoetst gaat worden of de beoogde doelstellingen behaald worden?

Antwoord:

De pijlers van het Deltaplan Dementie zijn onderzoek, zorgverbetering en dementievriendelijke samenleving. Deze pijlers worden vormgegeven door de respectievelijke programma's Memorabel voor onderzoek, Dementiezorg voor elkaar voor zorgverbetering en Samen Dementievriendelijk voor een dementievriendelijke samenleving. Binnen deze twee laatste pijlers vallen ook de ontwikkeling van een dementieregister en van twee zorgportalen, een voor mensen met dementie en mantelzorgers en een voor zorgprofessionals. De drie programma's bevatten ook monitoring van de voortgang en evaluatie van de resultaten bij afloop van de programma's. Ik verwijs hiervoor ook naar de antwoorden op de vragen (2017Z12597) van Kamerlid Kuik (CDA) over dit onderwerp.

Vraag 241

Hoeveel mensen maken er gebruik vanaf 2016 gebruik van jeugdzorg?

Antwoord:

Zie de antwoorden op de vragen 112 en 121.

Vraag 242

Hoeveel mensen maken er gebruik van dagbesteding?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 243

Hoeveel mensen maken er gebruik van huishoudelijke verzorging?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 244

Hoeveel mensen maken er gebruik van begeleiding?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 245

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 246

Welke voorbereidingen worden er getroffen om de administratieve lasten die de decentralisatie met zich heeft meegebracht te laten afnemen?

Antwoord:

Op 30 maart 2017 heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over mijn ambitie om, samen met de VNG en de branches voor aanbieders, de administratieve lasten en regeldruk terug te dringen. In deze brief zijn een aantal acties opgenomen: het implementeren van uitvoeringsvarianten en iWmo/iJw standaarden door het programma i-Sociaal Domein, het publiceren van een monitor over het gebruik van de standaarden door de VNG, het voorbereiden van het wetsvoorstel vermindering uitvoeringslasten en regionale samenwerking en samen met aanbieders, professionals en toezichthouders de regeldruk op de werkvloer aanpakken.

Vraag 247

Wat voor een concrete voorbereidingen worden er getroffen om de te hoog opgelopen administratieve lasten, samenhangend met de decentralisaties, drastisch te laten afnemen? In welke orde van grootheden moet gedacht worden bij de woorden «drastisch te laten afnemen»? Welke wetsaanpassingen wordt er naar gekeken?

Antwoord:

Op 30 juni 2017 heeft het Kabinet ingestemd met het wetsvoorstel vermindering uitvoeringslasten en regionale samenwerking en is het voor advies toegezonden aan de Raad van State. In dit wetsvoorstel wordt in de Jeugdwet en de Wmo een delegatiegrondslag opgenomen op basis waarvan ik in een ministeriële regeling nadere regels zal stellen die kunnen gaan over de wijze van bekostiging, de wijze van gegevensuitwisseling en de wijze van verantwoording.

Concreet betekent dit dat het gebruik van uitvoeringsvarianten, het standaardberichtenverkeer en/of het landelijk verantwoordingsprotocol kan worden verplicht. Deze instrumenten zijn reeds door de VNG en de branches voor aanbieders gezamenlijk ontwikkeld. Echter, op dit moment

zijn er gemeenten en aanbieders die nog geen of niet consequent gebruik maken van de landelijk ontwikkelde informatiestandaarden. Daardoor stijgt de vermijdbare administratieve lastendruk. Het beoogde doel van het wetsvoorstel en de regeling is dat alle gemeenten en aanbieders gebruik maken van dezelfde standaardwerkwijzen, waardoor de vermijdbare administratieve lastendruk afneemt.

Ik heb de VNG en de branches voor aanbieders verzocht om een voorstel te doen voor invulling van de ministeriële regeling (die onder het wetsvoorstel komt te hangen). Het indienen van het wetsvoorstel is de verantwoordelijkheid van mijn ambtsopvolger.

Vraag 248

Welke aanpassingen van de wet worden voorbereid om de administratieve lasten, die het gevolg waren van de decentralisatie, te laten afnemen? Welke concrete resultaten worden hiervan verwacht? Wanneer ontvangt de Kamer dit wetsvoorstel?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 247.

Vraag 249

Er wordt geld beschikbaar gesteld voor scholing van personeel en voor het aantrekkelijker maken van werken in de zorg. Op welke manier wordt het werken in de zorg aantrekkelijker gemaakt?

Antwoord:

In de komende periode gaan partijen zowel landelijk als in de regio aan de slag met de uitvoering van de arbeidsmarktagenda 2023 «Aan het werk...». Deze afspraken zijn gericht op het aantrekken van meer mensen, het behoud van mensen en de inzet van techniek en innovatie in de zorg teneinde aan de stijgende en veranderende zorgvraag te kunnen voldoen. Ik ondersteun de arbeidsmarktagenda met middelen voor scholing van nieuw aan te trekken personeel en verbetering van de beelden over werken in de zorg.

Vraag 250

Hoeveel opleidingsplekken zijn er in Nederland voor zorgopleidingen? Voor welke niveaus?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 99.

Vraag 251

In het kader van de arbeidsmarkt agenda zijn er in de regio Noord-Brabant concrete afspraken gemaakt, in welke regio's zijn er nog meer concrete afspraken gemaakt en hoe worden deze gecommuniceerd?

Antwoord:

In het verlengde van de Arbeidsmarktagenda 2023 zijn alle 14 regionale werkgeversorganisaties (verenigd in RegioPlus) op dit moment bezig met de landelijke uitrol van de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten. Er komt daarmee in elke arbeidsmarktregio in de zorg concreet actieplan. Het voorbeeld van Noord-Brabant is een van deze actieplannen. Zo zijn bijvoorbeeld in de regio Gelderland recent concrete afspraken gemaakt over onder andere een 100% stagegarantie en onderwijsvernieuwing. Via periodieke arbeidsmarktbriefjes wordt uw Kamer hiervan op de hoogte gehouden.

Vraag 252

Waar het aantrekken van nieuwe medewerkers betreft wordt er in de arbeidsmarktagenda nadrukkelijk gesproken over het aantrekken van medewerkers met een lager niveau, hoe kunt u verklaren dat er nog steeds collectief ontslag wordt aangevraagd voor medewerkers met een lager niveau?

Antwoord:

Met sociale partners is afgesproken dat zij toewerken naar het bieden van werkzekerheid. Er kunnen echter altijd bedrijfsmatige omstandigheden en afwegingen spelen op individueel organisatieniveau. Het gaat er in die gevallen om die mensen zo snel mogelijk naar ander werk te begeleiden in de regio. Ik verwacht van werkgevers dat zij – zoals afgesproken in de Arbeidsmarktagenda 2023 – in geval van gedwongen ontslagen forse inspanningen plegen om mensen wel voor de zorg te behouden.

Vraag 253

Hoe hoog is het ziekteverzuim onder zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector en leeftijd?

Antwoord:

Het gemiddelde ziekteverzuimpercentage in de gezondheids en welzijnssector over het jaar 2016 is 5,1. Uitgesplitst naar de verschillende bedrijfstakken is het gemiddeld ziektepercentage:

Bedrijfstak	Gemiddeld ziektepercentage
Gezondheidszorg	4,3
Ziekenhuizen	4,8
Verpleging en verzorging met overnachting	6,0
Welzijnszorg zonder overnachting	5,6

(bron: Centraal Bureau voor de Statistiek).

Er zijn geen gegevens over het ziekteverzuim uitgesplitst naar leeftijd beschikbaar.

Vraag 254

Wat is de gemiddelde uittrede leeftijd van zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 87.

Vraag 255

Hoeveel zorgverleners hebben zich vanaf 2015 ingeschreven als ZZP'er?

Antwoord:

In het aantal zorgverleners dat zich vanaf 2015 heeft ingeschreven als zzp'er heb ik geen inzicht.

Vraag 256

Op welke wijze wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van de uitvoering van de Arbeidsmarktagenda 2023 en regionale afspraken?

Antwoord:

Via periodieke arbeidsmarktbriefen zal de Kamer worden geïnformeerd over de voortgang van de uitvoering van de Arbeidsmarktagenda 2023.

Vraag 257

Op welke wijze wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van het programma Medmij?

Antwoord:

Voor het kerstreces ontvangt uw Kamer een voortgangsbrief over e-health en zorginnovatie. Daarin zal ook de voortgang van het programma MedMij worden vermeld. Ook is op de daarvoor ingerichte website www.medmij.nl een overzicht te vinden van recente activiteiten en behaalde resultaten.

Vraag 258

Hoe verhoudt het scholingsbudget voor de periode 2017–2021 voor de verpleeghuiszorg van 275 miljoen (pagina 8) zich toch de later genoemde 350 miljoen voor scholing in de verpleeghuiszorg?

Antwoord:

Samen met de bij de Arbeidsmarktagenda 2023 «Aan het werk...» beschikbaar gestelde € 72 miljoen (TK 2016–2017, 29 282, nr. 276) is er met de € 275 miljoen in de periode 2017–2021 een budget beschikbaar van bijna 350 miljoen om uitvoering te geven aan de Arbeidsmarktagenda 2023. Deze impuls is voor de scholing van nieuwe medewerkers, loopbaanoriëntatie en begeleiding, activiteiten gericht op het verbeteren van het beeld van werken in de zorg, waarbij de € 275 miljoen specifiek geormerkt is voor de verpleeghuiszorg en de € 72 miljoen breed beschikbaar is.

Vraag 259

Op welke wijze wordt er voor gezorgd dat in 2020 alle Nederlanders digitaal toegang hebben tot hun eigen medische gegevens? Over welke gegevens gaat het daarbij?

Antwoord:

Ik ga ervan uit dat zorgaanbieders goede zorg willen leveren en bijdragen aan de regio van mensen over hun gezondheid door hen digitaal toegang te geven tot hun gegevens. Het inzetten van persoonlijke gezondheidsomgevingen als middel voor interactie tussen patiënt en zorgverlener zie ik als een belangrijke maatschappelijke ontwikkeling. Dit wordt ondersteund door de Wet Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens. Elektronische inzage én afschrift van medische gegevens is per 2020 een recht. Naast de e-health doelstelling uit mijn brief «E-health en zorgverbetering» (TK 2013–2014 27 529, nr. 130) heeft ook heeft het Informatie-beraad concrete outcome-doelen gesteld die eraan bijdragen, dat mensen hun gegevens kunnen gebruiken in een persoonlijke gezondheidsomgeving. Om daadwerkelijk te bereiken dat mensen digitaal toegang krijgen zijn programma's als MedMij en VIPP in het leven geroepen. In deze programma's werken onder meer zorgpartijen, patiëntenorganisaties, industrie, Nictiz en overheid samen aan een afsprakenstelsel voor veilige en betrouwbare uitwisseling van gezondheidsgegevens.

Vraag 260

Waarom is voor de jaren 2017–2019 in totaal 100 miljoen euro vrijgemaakt voor het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP)? Wat doen ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere zorginstellingen hier concreet mee? Kan inzichtelijk gemaakt worden waar dit geld precies aan besteed is/wordt?

Antwoord:

De middelen in het VIPP-programma (€ 35 miljoen in 2017, 2018 en 2019) zijn primair bedoeld om ervoor te zorgen dat de patiënt zelf digitaal over

zijn medische gegevens kan beschikken. Hij kan deze gegevens gebruiken voor zelfzorg, delen met andere zorgverleners of met een mantelzorger. Via het VIPP-programma (fase 1 en fase 2) kunnen zorginstellingen voor medisch specialistische zorg, zoals ziekenhuizen, revalidatiecentra, dialysecentra en zelfstandige behandelcentra, een bijdrage ontvangen om de informatie-infrastructuur van patiëntengegevens op orde te brengen en de gegevens beschikbaar te stellen aan patiënten. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat zij daadwerkelijk resultaat halen: dat zij vanaf 2018 alle patiënten digitaal inzage bieden in de gegevens, dat dit per 2020 ook gestandaardiseerd gebeurt en dat meer dan 10% van de patiënten dit ook daadwerkelijk doet.

De kostencomponenten voor de instelling zijn onder meer:

- het veranderproces binnen de instelling om meer gestandaardiseerd gegevens te registreren (implementatie van Registratie aan de Bron) en de trainingen en opleidingen die hiervoor moeten worden gegeven;
- het herinrichten van processen en procedures om ervoor te zorgen dat deze gegevens digitaal verzameld en toegankelijk worden;
- investeringen ten behoeve van veilige authenticatie;
- aanpassen werkwijze artsen om patiënten actief uit te nodigen de informatie op te vragen,
- aanpassingen in de gebruikte ICT-programma's, de aanpassingen in functioneel beheer, technische realisatie en informatiebeveiliging;
- inzet voor projectmanagement en projectondersteuning.

De bijdrage die de instelling kan ontvangen is een vast bedrag en bedraagt maximaal 50% van de kosten die de instelling waarschijnlijk zal moeten maken om aan de resultaatsverplichting te voldoen.

Vraag 261

Hoeveel geld is er precies beschikbaar voor het aantrekken van personeel op de spoedeisendehulp, ambulancepersoneel en zorgprofessionals op de intensive care? Graag een specificatie per onderdeel.

Antwoord:

De impuls voor de arbeidsmarktagenda 2023 van in totaal € 347 miljoen is niet op dit niveau geoormerkt.

Vraag 262

Waarom worden ziekenhuizen en zorginstellingen niet verplicht om patiënten toegang te geven tot de eigen medische gegevens?

Antwoord:

Ziekenhuizen en zorginstellingen hebben nu al de verplichting om patiënten inzage te geven tot de eigen medische gegevens. Per 1 juli 2020 hebben patiënten ook recht op *elektronische* inzage en afschrift van de eigen medische gegevens (artikel 15d van de Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens).

Vraag 263

Hoeveel subsidie wordt er gegeven voor de ontwikkeling van ict-toepassingen in zorginstellingen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen 6 jaar. Wie kreeg subsidie en waarvoor?

Antwoord:

In principe is het aan zorginstellingen zelf om te investeren in ICT-toepassingen. Een eenduidig overzicht van alle subsidies voor ontwikkeling van ICT-toepassingen in de afgelopen zes jaar is moeilijk te geven omdat de investering in ICT vaak onderdeel is van grotere programma's of initiatieven. Bijvoorbeeld de programma's van ZonMw, het Topsectorenbeleid of de subsidies aan patiëntenorganisaties.

Vraag 264

Bij hoeveel subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties is Focuscura de aanvrager, dan wel betrokken bij de aanvraag? Kunt u een overzicht geven over de afgelopen 6 jaar?

Antwoord:

Focuscura heeft de afgelopen 6 jaar geen VWS-subsidie voor ontwikkeling van ict- toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth- applicaties aangevraagd. Bij ZonMw zijn voor zover wij in beeld konden brengen in de afgelopen 6 jaar geen subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties ingediend waarbij Focuscura aanvrager was. In dezelfde periode zijn drie subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties bij ZonMw ingediend waarbij Focuscura betrokken was. Dit was er één in 2013, één in 2014 en één in 2017. Twee aanvragen zijn afgewezen³ en één aanvraag nog in behandeling. Overigens kan betrokkenheid bij een subsidieaanvraag ook betekenen dat de betreffende partij zich verplicht om in het geval van toekenning van de subsidie een financiële bijdrage te leveren.

Afwijzingen van bij ZonMw ingediende subsidieaanvragen zijn vertrouwelijk. Focuscura heeft toestemming gegeven deze bekend te maken.

Vraag 265

Bij hoeveel subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties is Philips de aanvrager, dan wel betrokken bij de aanvraag? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen 6 jaar?

Antwoord:

Philips heeft de afgelopen 6 jaar geen VWS-subsidie voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties aangevraagd. Bij ZonMW zijn voor zover wij in beeld konden brengen in de afgelopen 6 jaar geen subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties ingediend waarbij Philips aanvrager was. In dezelfde periode zijn zeven subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties bij ZonMw ingediend waarbij Philips betrokken was. Dit waren er twee in 2011, één in 2012 en vier in 2016. Hiervan zijn drie aanvragen toegekend en vier aanvragen afgewezen⁴. Overigens kan betrokkenheid bij een subsidieaanvraag ook betekenen dat de betreffende partij zich verplicht om in het geval van toekenning van de subsidie een financiële bijdrage te leveren.

Vraag 266

Hoeveel subsidie wordt er gegeven voor de ontwikkeling van ehealth toepassingen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen 6 jaar? Wie kreeg subsidie en waarvoor?

Antwoord:

In principe is het aan zorginstellingen zelf om te investeren in ict-toepassingen. Een eenduidig overzicht van alle subsidies voor ontwikkeling van ict-toepassingen in de afgelopen zes jaar is moeilijk te geven omdat de investering in ict vaak onderdeel is van grotere

³ Afwijzingen van bij ZonMw ingediende subsidieaanvragen zijn vertrouwelijk. Focuscura heeft toestemming gegeven deze bekend te maken.

⁴ Afwijzingen van bij ZonMw ingediende subsidieaanvragen zijn vertrouwelijk. Philips heeft toestemming gegeven deze bekend te maken.

programma's of initiatieven. Bijvoorbeeld de programma's van ZonMw, het Topsectorenbeleid of de subsidies aan patiëntenorganisaties.

Vraag 267

Wat is het verschil in besteding tussen het bedrag van 275 miljoen voor scholing van personeel dat op pagina 8 van de begroting wordt genoemd, en het bedrag van circa 350 miljoen voor scholing van huidig en nieuw personeel en voor het aantrekkelijker maken van werken in de zorg, dat wordt genoemd op pagina 13?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 258.

Vraag 268

Stimuleert de € 100 miljoen (van 2017–2019) die beschikbaar wordt gesteld voor Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP) ook de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in de eerste en de tweede lijn? Hoeveel zou een versnellingsprogramma gegevensuitwisseling voor de eerste lijn kosten?

Antwoord:

De € 105 miljoen (van 2017 tot 2019) voor het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP) kan bijdragen aan de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in de eerste en de tweede lijn. Ten eerste omdat deze gegevensuitwisseling via de patiënt kan verlopen. Ten tweede omdat deze gestandaardiseerde gegevens, mits aan de wettelijke randvoorwaarden voor gegevensdeling wordt voldaan (informed consent), dan ook direct tussen ziekenhuis en andere zorgverleners gedeeld kunnen worden.

Het is niet bekend wat een versnellingsprogramma gegevensuitwisseling voor de eerste lijn zou kosten. In het kader van de bestuurlijke akkoord in de eerste lijn is afgesproken dat in 2017 en 2018 zal worden onderzocht welke innovaties helpen en welke gerichte investeringen nodig zijn om de inzet van e-health binnen de eerste lijn te verbeteren, zodat de patiënt meer regie krijgt over zijn gezondheid, de zorgverleners in hun werk en in hun onderlinge samenwerking worden ondersteund en substitutie mogelijk wordt gemaakt

Vraag 269

Wat is het verschil tussen het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional en het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)?

Antwoord:

Als er over een EPD gesproken wordt dan kan men hiermee het elektronisch patiëntendossier van de arts bedoelen: de digitaal ingevulde en bewaarde patiëntengegevens. De term EPD wordt ook vaak gebruikt om het ICT-systeem aan te duiden dat de instelling gebruikt op het gebied van elektronische patiëntendossiers, zoals Epic of Chipsoft. Het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional is erop gericht dat de patiënt ook gestandaardiseerd en elektronisch kan beschikken over de gegevens uit het dossier van de arts, zodat hij bijvoorbeeld thuis na kan lezen welke behandelafspraken er gemaakt zijn, hij met zijn mantelzorger kan bespreken welke wijzigingen in medicatie hebben plaatsgevonden of dat hij deze met een andere zorgverlener kan delen.

Vraag 270

Ervan uitgaande dat hulpverleners minder tijd kwijt moeten zijn aan administratie en dit alleen kan als administratieve verplichtingen zoveel mogelijk worden geschrapt en gestandaardiseerd; hoeveel tijd zijn medewerkers gemiddeld kwijt aan administratie? Hoeveel levert het op als zij 5% minder tijd aan administratie besteden?

Antwoord:

In het rapport «Evaluatie merkbaar minder regeldruk in de eerste lijn», dat ik u op 24 mei 2017 heb toegezonden (TK 29 515, nr. 416), wordt het beslag in minuten van een aantal als knelpunt ervaren (administratieve) handelingen in beeld gebracht. Ik beschik niet over gegevens betreffende het totale tijdsbeslag van administratieve handelingen, noch over de kosten daarvan. De belangrijkste opbrengst van minder regeldruk is dat de aldus vrijgekomen tijd aan zorg kan worden besteed.

Vraag 271

Hoeveel jeugdigen maken vanaf 2016 gebruik van de Jeugdwet, in aantallen?

Antwoord:

Zie de antwoorden op de vragen 112 en 121.

Vraag 272

Hoeveel meldingen van huiselijk geweld, kindermishandeling zijn er gedaan sinds 2015, graag per jaar?

Antwoord:

Meldingen van kindermishandeling worden door de Veilig Thuisorganisaties aangeleverd bij CBS, conform het wettelijk vastgestelde informatieprotocol beleidsinformatie Veilig Thuis. Voor informatie over aantallen/cijfers over kindermishandeling en huiselijk geweld verwijst ik naar de maatwerktabellen van CBS:
<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2017/17/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2016>
<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2015/49/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-eerste-halfjaar-2015>
<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2016/17/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2e-halfjaar-2015>

Vraag 273

Hoe vaak is de mogelijkheid van «drang» toegepast in de jeugdhulpverlening?

Antwoord:

Over de toepassing van «drang» in de jeugdhulp zijn geen landelijke gegevens bekend.

Vraag 274

Waar gaat de 25 miljoen, bedoelt om patiënten in de geestelijke gezondheidszorg gemakkelijk inzicht te geven in hun gegevens, geïnvesteerd worden? Betreft dit een verdere investering in bijvoorbeeld de gegevens in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM)?

Antwoord:

De € 25 miljoen is bedoeld om betere, gestandaardiseerde gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en patiënten te realiseren en e-health voor de patiënt toegankelijker te maken. Het programma is vergelijkbaar met het VIPP-programma van de ziekenhuizen. De inzet van e-health dragen

eraan bij dat mensen eerder geholpen kunnen worden, dat er al intensiever contact is tijdens de wachtlijstperiode en dat onnodige medicalisering kan worden beperkt. Bij het verbeteren van de informatievoorziening tussen patiënt en professional staat de regie van de patiënt over zijn informatie voorop. Het betreft dus geen investering in het verkrijgen van geaggregeerde data of benchmark informatie.

Vraag 275

Hoeveel tijd zijn hulpverleners nu kwijt aan de administratie? Hoeveel tijd kunnen hulpverleners besteden aan de hulp aan kinderen en ouders?

Antwoord:

De tijd die hulpverleners kwijt zijn aan administratie is van vele factoren afhankelijk, zoals de aard en ernst van de problematiek van de jeugdige, de hoeveelheid gemeenten en regio's die worden bediend, en de uitvoeringsvariant die wordt gehanteerd. Ook de ervaren administratieve last verschilt van jeugdhulpaanbieders afkomstig uit de Zorgverzekeringswet die gewend zijn aan PxQ-financiering tot aanbieders uit de Provinciale Jeugdzorg, die altijd werden gesubsidieerd. Brancheverenigingen schatten in artikelen dat jeugdhulpverleners 20% van hun tijd kwijt zijn aan administratie en dat is in lijn met de administratieve lasten in de Zorgverzekeringswet.

Vraag 276

Waar wordt het bedrag van 25 miljoen euro in 2018 aan besteed om patiënten in de geestelijke gezondheidszorg inzicht te geven in hun gegevens? Wie geeft dit geld waaraan uit?

Antwoord:

De 25 miljoen is bedoeld om betere, gestandaardiseerde gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en patiënten te realiseren en e-health voor de patiënt toegankelijker te maken. De inzet van e-health dragen eraan bij dat mensen eerder geholpen kunnen worden, dat er al intensiever contact is tijdens de wachtlijstperiode en dat onnodige medicalisering kan worden beperkt. Bij het verbeteren van de informatievoorziening tussen patiënt en professional staat de regie van de patiënt over zijn informatie voorop. Het geld zal op een vergelijkbare manier worden besteed als in het «VIPP traject» in de medisch specialistische sector, echter momenteel ben ik nog in gesprek met partijen over het resultaat, de invulling, de randvoorwaarden en de procedure.

Vraag 277

Heeft u samen met de Algemene Rekenkamer en het Ministerie van Binnenlandse Zaken besproken hoe de borging van de centrale beheersing van de Baseline Informatiebeveiliging Rijksdienst verder vormgegeven kan worden, zoals de Rekenkamer in het voorjaar van 2017 heeft aangeboden? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat is er uit deze bespreking voortgekomen?

Antwoord:

Ja, naar aanleiding daarvan dit verder geborgd in de interne p&c-cyclus.

Vraag 278

Op welke wijze verschilt de Europese Algemene Verordening Persoonsgegevens met de Wet bescherming persoonsgegevens en hoe moeten zorginstellingen zich daarop voorbereiden?

Antwoord:

Informatie over de doorwerking van de verordening in het Nederlands recht is te vinden bij de consultatie van de uitvoeringswet en de memorie

van toelichting van de concept uitvoeringswet: <https://www.internetconsultatie.nl/uitvoeringswetavg/details>.

Zorginstellingen dienen aan de AVG te voldoen wanneer hij in werking treedt. Als verwerkingsverantwoordelijke hebben zij een eigen verantwoordelijkheid om zich hierop voor te bereiden. Door het Rijk en de Autoriteit persoonsgegevens wordt hierover informatie gegeven. De Autoriteit persoonsgegevens heeft daarvoor een 10 stappen plan opgesteld: https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/sites/default/files/atoms/files/in_10_stappen_vorbereid_op_de_avg.pdf

Vraag 279

Zet u als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie ook in op schadevermindering (harm reduction) van tabaksproducten? Zo ja, op welke manier?

Antwoord:

Schadevermindering van tabaksproducten is geen onderdeel van het Nationaal Programma Preventie. Een risico van harm reduction bij producten is namelijk dat bepaalde gewoontes die zijn aangeleerd met roken (even iets opsteken in de ochtend of na het eten) in stand worden gehouden. Dat kan een verhoogd risico op terugval inhouden. Bovendien wordt de nicotineverslaving zelf in stand gehouden. Daarbij is nog onvoldoende bekend wat de lange termijn effecten zijn van deze producten voor de volksgezondheid. Daarom is stoppen met roken het beste advies.

Vraag 280

Op welke manier wordt gekeken of projecten en interventies op het gebied van preventie en leefstijl effectief zijn? Is er een goede manier om de effectiviteit te meten?

Antwoord:

Het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM biedt op de website LoketGezondLeven een database met effectieve leefstijlinterventies. Hieraan is een erkenningstraject gekoppeld om de effectiviteit van interventies transparant te maken en de toepassing daarvan door gezondheidsprofessionals in de praktijk te bevorderen. De beoordeling van interventies gebeurt door een onafhankelijke commissie van experts, op basis van eenduidige criteria. Daarnaast spelen ZonMw en de kennisinstituten een belangrijke rol waar het gaat om de ontwikkeling van interventies en onderzoek naar de effectiviteit daarvan.

Vraag 281

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018 geeft aan dat er naast de «klassieke» leefstijldeterminanten, er meer factoren zijn die van invloed zijn op de volksgezondheid, om een verband tussen die verschillende factoren en determinanten te leggen is onderzoek nodig. Bestaat er in Nederland een databank waaruit (bijna) al deze informatie gehaald kan worden?

Antwoord:

Zo een databank bestaat er naar mijn weten niet.

Vraag 282

Hoe komen we tot preventie programma's die structureel van aard zijn, gemonitord worden en bewijs genereren voor het daadwerkelijk voorkomen of uitstellen van (chronische) ziekten?

Antwoord:

Dit komt op verschillende manieren tot stand, omdat preventieprogramma's ook verschillende verschijningsvormen kennen afhankelijk van het doel, de doelgroep en het type maatregel. De rijksoverheid voert bijvoorbeeld een screenings- en vaccinatieprogramma uit. Zorgverzekeraars nemen het initiatief om een zorgketen in te kopen. Patiëntenverenigingen van een chronische ziekte kunnen in overleg met zorgverleners en zorgverzekeraars ook een zorgketen ontwikkelen. De lokale overheid kan het initiatief nemen voor een integrale lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. Tot slot zijn er diverse lokale initiatieven waarin afspraken worden gemaakt om preventieve programma's uit te voeren, zoals gebeurt binnen het programma Alles is Gezondheid. Het monitoren van preventieprogramma's is vaak onderdeel van diezelfde programma's, en gebeurt onder meer binnen het Preventieprogramma van ZonMw en diverse onderzoekstrajecten van het RIVM, waarmee bewijs gegenereerd wordt over de effectiviteit.

Vraag 283

In hoeverre wordt in de Nota voor Gezondheid rekening gehouden met onderzoek naar effectiviteit op het gebied van leefstijl en het voorkomen van ziekten?

Antwoord:

De looptijd van de Landelijke nota gezondheidsbeleid is 2016–2019. In 2016 is het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Gezonde leefstijl uitgevoerd (TK 32 793, nr. 240). Het onderzoek concludeert onder meer dat met name op het gebied van tabak en alcohol gebruik wordt gemaakt van bewezen effectieve instrumenten. Voor het thema overgewicht is geconcludeerd dat er momenteel nog geen wetenschappelijk bewijs is van effectieve interventies. Voor de nieuw op te stellen Landelijke nota gezondheidsbeleid zullen de inzichten uit het IBO-onderzoek en andere wetenschappelijke inzichten uit onderzoek naar de effectiviteit van preventiemaatregelen, meegenomen worden.

Vraag 284

Zet u als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie ook in op het voorkomen van ziekten door het preventief slikken van medicijnen? Zo ja, kunt u hier enkele voorbeelden van geven?

Antwoord:

Er is als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie geen apart programma dat gericht is op het voorkomen van ziekten door het preventief slikken van medicijnen.

Vraag 285

Wat zijn naar aanleiding van de evaluatie van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling de vervolgstappen om de doelstellingen voor 2020 te halen?

Antwoord:

De evaluatie van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling zal eind 2017 afgerond zijn. De resultaten daarvan zullen worden opgenomen in de jaarlijkse Kamerbrief over de stand van zaken van het Akkoord die in december 2017 verstuurd zal worden. Deze brief beschrijft eveneens de resultaten van dit jaar en de plannen voor het nieuwe jaar. Er zijn al meerdere initiatieven gestart om bedrijven te steunen bij productverbetering. Zo helpen experts bedrijven met de aanpassing van recepturen, productieprocessen en gerelateerde zaken. Ook worden in de horeca tools verzameld die ondernemers helpen gezondere producten aan te bieden.

Deze pilotprojecten zullen worden geëvalueerd om de behoefte aan vervolgprojecten te toetsen.

Vraag 286

Wat is de stand van zaken van de afspraken op Europees niveau om de hoeveelheid suiker, zout en ongezonde vetten in levensmiddelen omlaag te brengen?

Antwoord:

Er zijn vier werkgroepen gestart om productverbetering in de lidstaten te stimuleren. Werkgroepen zijn gestart op het gebied van suiker in ontbijtgranen, suiker in frisdranken, suiker in zuiveltoetjes en zuiveldranken en er is een werkgroep die zich richt op eenduidige monitoring van productverbetering. De Europese Commissie heeft geconstateerd dat er na het Nederlandse voorzitterschap op alle fronten in de Lidstaten meer aandacht is gekomen voor verbetering van productaanbod.

Vraag 287

Hoe groot is het percentage sportclubs dat rookvrij is? Hoe past het rookvrij maken van sportclubs in het tabaksontmoedigingsbeleid van de regering?

Antwoord:

De afgelopen jaren is flink pakket aan maatregelen genomen om jongeren te beschermen. De drie gezondheidsfondsen (KWF Kankerbestrijding, Hartstichting en Longfonds) hebben zich daarbij hard gemaakt voor het belang van een Rookvrije Generatie. Uit onderzoek blijkt dat steeds meer mensen het normaal vinden om niet te roken in de buurt van kinderen, met name thuis, in speeltuinen en op sportvelden (Kantar 2017). We zien inmiddels een toename in het aantal rookvrije sportclubs. Op dit moment zijn naar schatting 140 sportclubs rookvrij. Grote sportbonden gaan zich inzetten voor rookvrije sportclubs en ook steeds meer gemeenten zijn in gesprek met sportclubs om te komen tot een rookvrije plek. De Hartstichting heeft materialen en een stappenplan beschikbaar gemaakt ter ondersteuning van het rookvrij maken van een sportclub.

Vraag 288

Op welke manier denkt u de doelstelling te bereiken dat in 2020 in tenminste 75 gemeenten een daling van overgewicht is gerealiseerd? Wat is de stand van zaken op dit moment?

Antwoord:

De aanpak van Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) biedt gemeenten een ondersteuningstructuur en netwerk om deze complexe problematiek bij kinderen effectief, structureel en integraal aan te pakken. Het gaat hierbij overigens niet alleen om de daling van overgewicht, maar ook het bevorderen van een gezond gedrag, een gezonde omgeving en een hogere kwaliteit van leven van kinderen met overgewicht of obesitas. Lokaal resultaat hierop vraagt langdurige inzet. Momenteel is in 15 van de inmiddels 125 JOGG-gemeenten een daling waargenomen. Het doel voor 2018 is om toe te werken naar een daling in 30 gemeenten en zodoende toe te werken naar 75 gemeenten in 2020.

Vraag 289

Op welke manier zet u zich in 2018 op het terugdringen van hart- en vaatziekten? Zijn hier doelstellingen aan verbonden?

Antwoord:

Er zijn geen specifieke doelstellingen verbonden aan het terugdringen van hart- en vaatziekten. Hart- en vaatziekten is een verzamelnaam voor een groot aantal aandoeningen die betrekking hebben op de bloedvaten en het hart. Het is in Nederland een van de belangrijkste doodsoorzaken en daarom wel een belangrijk onderwerp in mijn beleid. Risicofactoren zijn onder meer roken, overgewicht, een ongezond voedingspatroon en te weinig bewegen, maar ook zaken als leeftijd, geslacht, erfelijkheid, stress, bloeddruk en cholesterol spelen een rol. De programma's gericht op stoppen met of voorkomen van roken, preventie van en zorg voor overgewicht en obesitas, het stimuleren van sport en bewegen en een gezonder voedingspatroon dragen daarom allen op hun manier bij aan het terugdringen van hart- en vaatziekten.

Vraag 290

Kunt u een overzicht geven van de reeds behaalde resultaten van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling?

Antwoord:

Voor de resultaten van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling verwijs ik u naar de in het antwoord op vraag 285 aangekondigde Kamerbrief.

Vraag 291

Wanneer zal de Kamer worden geïnformeerd over het Jaarplan 2018 van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling?

Antwoord:

Voor de plannen voor 2018 verwijs ik u naar de jaarlijkse Kamerbrief die in het antwoord op vraag 285 is aangekondigd.

Vraag 292

Gaat u maatregelen nemen om het aantal jongeren dat ooit heeft gerookt nog verder te laten dalen? Zo ja, welke maatregelen?

Antwoord:

Om te voorkomen dat jongeren beginnen met roken is de afgelopen jaren een flink pakket aan maatregelen genomen en diverse initiatieven in gang gezet. De leeftijdsgrens voor de verkoop van tabaksproducten en e-sigaretten met en zonder nicotine is verhoogd, er loopt een meerjarige sociale normcampagne NIX 18, er is een verbod op smaken in sigaretten en shagtabak, een reclameverbod voor de e-sigaret, tabaksverpakkingen bevatten afschrikwekkende afbeelden en vanaf 2020 zijn schoolterreinen verplicht rookvrij. Daarnaast wordt gewerkt aan regelgeving voor een uitstalverbod en verregaande verpakkingseisen. Naast deze maatregelen is Smoke Free Challenge uitgevoerd, een stoppen met roken app ontwikkeld voor jongeren en loopt het programma Gezonde School. Ik verwacht dat de daling verder zal doorzetten. De afweging of meer maatregelen nodig zijn, laat ik aan mijn opvolger.

Vraag 293

Wat zijn de afgelopen jaren, naast de daling van het aantal jongeren dat ooit heeft gerookt, andere resultaten van het tabaksontmoedigingsbeleid geweest?

Antwoord:

De afgelopen jaren is een flink pakket aan maatregelen genomen en initiatieven in gang gezet om te voorkomen dat jongeren beginnen met roken, niet-rokers te beschermen tegen meerroken en rokers die willen stoppen daarbij te helpen. Naast een substantiële daling van het aantal

jongeren dat ooit, maandelijks en dagelijks rookt, is ook het aantal volwassenen dat rookt significant gedaald, van 26,3% in 2015 naar 24,1% in 2016 (Gezondheidsenquête / Leefstijlmonitor CBS ism RIVM, 2017). De inzet van de afgelopen jaren heeft ook effect gehad op het verder denormaliseren van tabaksgebruik, mede het resultaat van samenwerking met de gezondheidsfondsen KWF Kankerbestrijding, Longfonds en Hartstichting voor de Rookvrije Generatie. Zo vinden steeds meer Nederlanders het normaal dat jongeren niet roken en dat zij zelf ook niet (meer) roken in de buurt van kinderen, bijvoorbeeld op school-, speel- en sportterreinen (Kantar/TNS 2017).

Vraag 294

Kunt u een overzicht geven van initiatieven binnen het Nationaal programma preventie die zijn gericht op ouderen?

Antwoord:

In de programma's zijn ouderen veelal onderdeel van een brede doelgroep. Binnen de programma's «Gezond in de Stad» en «Beter in het groen» (thema «Wonen en leven in een gezonde wijk») zijn er initiatieven specifiek gericht op ouderen. Zo hebben gemeenten binnen het programma «Gezond in de Stad» verschillende projecten lopen om ouderen te ondersteunen bij langer thuis wonen, zoals activerend huisbezoek, werken aan een aangename leefomgeving. Maar ook een project «Integrale aanpak depressie bij ouderen». Het programma «Beter in het groen» kent verschillende projecten voor senioren zoals bijvoorbeeld «Sportief wandelen». Binnen het thema «Preventie een prominente plek in de zorg» is er met het programma «Deltaplan dementie» aandacht voor ouderen. Eveneens is er binnen «Alles is gezondheid» met de vorming van een ouderen netwerk aandacht voor ouderen.

Vraag 295

Wanneer ontvangt de Kamer de resultaten van de toegezegde tussentijdse evaluatie van het Akkoord Productsamenstelling?

Antwoord:

Voor de resultaten van de evaluatie van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling verwijs ik u naar de jaarlijkse Kamerbrief die in het antwoord op vraag 285 is aangekondigd.

Vraag 296

Indien de tussentijdse resultaten van het Akkoord Productsamenstelling onvoldoende zijn, wordt er dan in 2018 extra maatregelen genomen om de gestelde einddoelen in 2020 qua reductie in suiker, vet en zout te kunnen halen?

Antwoord:

Aan de hand van de uitkomsten van de tussentijdse evaluatie die eind 2017 worden verwacht, zal de stuurgroep van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling bezien of aanvullende maatregelen genomen dienen te worden.

Vraag 297

Wat is het budget voor ziektepreventie om mensen te informeren over de voordelen van plantaardige voeding voor de (volks)gezondheid en hen te stimuleren om een meer plantaardig voedingspatroon aan te houden?

Antwoord:

Met de voorlichting van het Voedingscentrum over de Schijf van Vijf worden consumenten gestimuleerd te kiezen voor een gezonder voedingspatroon. Voor de voorlichting in 2018 over de Schijf van Vijf is

€ 520.000 begroot. De Schijf van Vijf is gebaseerd op de Richtlijnen «Schijf van Vijf 2016» waarvan het advies «Kies vaker voor plantaardige eiwitbronnen» onderdeel uitmaakt.

Vraag 298

Wat is het budget voor gezondheidsbevordering om mensen te informeren over de negatieve gevolgen voor de (volks)gezondheid van overmatige vlees- en zuivelconsumptie en om mensen te stimuleren om minder vlees- en zuivelproducten tot zich te nemen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 297.

Vraag 299

In welke 20 gemeenten bevinden zich, uitgesplitst naar procentuele cijfers, absolute cijfers, en cijfers per leeftijdscategorie, de meeste mensen met obesitas?

Antwoord:

Op dit moment zijn er nog geen cijfers beschikbaar op basis waarvan een top 20 samengesteld kan worden. Reden hiervoor is dat niet van alle gemeenten (recente) cijfers beschikbaar zijn. Voor het einde van het jaar komen er nieuwe cijfers van de Gezondheidsmonitor 2016 beschikbaar waarin wel de percentages overgewicht en obesitas van alle gemeenten zijn opgenomen. Uitsplitsing naar leeftijdscategorie is dan echter nog steeds niet mogelijk, vanwege de steekproefgrootte.

Vraag 300

Voor welke 75 gemeenten geldt de doelstelling dat in 2020 een daling van overgewicht moet zijn gerealiseerd en geldt deze doelstelling enkel ten aanzien van kinderen of voor mensen van alle leeftijden?

Antwoord:

Inmiddels zijn 125 gemeenten verbonden aan Jongeren Op Gezond Gewicht, en dit aantal zal de komende jaren waarschijnlijk blijven groeien. Het genoemde doel van 75 gemeenten is gericht op alle gemeenten die gebruik maken van de JOGG-aanpak en is alleen gericht op de jeugd. Er zijn niet op voorhand 75 gemeenten geselecteerd om het overgewicht bij de jeugd te doen dalen: het is de ambitie van elke JOGG-gemeente om hier resultaat in te behalen.

Vraag 301

Kunt u een inschatting maken van de jaarlijkse (maatschappelijke) kosten van het roken van tabak?

Antwoord:

In 2010 is bijna € 3,8 miljard uitgegeven aan zorgkosten voor ziekten die het gevolg zijn van roken zoals hart- en vaatziekten, beroerte, longkanker en COPD (RIVM, 2012). Ook andere (maatschappelijke) kosten hangen met roken samen, denk aan kosten als gevolg van arbeidsverzuim, verminderde arbeidsproductiviteit, milieu- en brandschade. Het terugdringen van roken leidt tot een afname van deze kosten en een toename van baten zoals kwaliteit van leven. Voor meer informatie verwijst ik u naar de Maatschappelijke Kosten en Batenanalyse die de Universiteit van Maastricht samen met het RIVM en het Trimbos Instituut heeft uitgevoerd in opdracht van de Alliantie Nederland Rookvrij (2016). Zie verder ook de antwoorden op de vragen 179 en 186.

Vraag 302

Kunt u een inschatting maken van de jaarlijkse (maatschappelijke) kosten van overmatig gebruik van antibiotica door de veehouderij?

Antwoord:

De maatschappelijke kosten van het gebruik van antibiotica door de veehouderij zijn onbekend. De problematiek van de antibioticaresistentie wordt door verschillende factoren veroorzaakt. Daarom pakken we in Nederland antibioticaresistentie op alle terreinen aan. Zowel via maatregelen in de humane gezondheidszorg, de veehouderij, via het milieu, bij voedsel en via internationale agendering (TK 32 620, nr. 159). Ten aanzien van het antibioticagebruik in de veehouderij streven we naar een minimaal verantwoord gebruik. Sinds 2009 is het gebruik van antibiotica in de veehouderij met ruim 64% gedaald.

Vraag 303

Is bekend hoeveel personen in Nederland te maken hebben gehad met antibioticaresistentie? Bij hoeveel mensen heeft dit geleid tot dodelijk afloop?

Antwoord:

Alle mensen kunnen resistente bacteriën bij zich dragen. Sommige mensen krijgen een infectie met een behandelbare bacterie, andere met een resistente bacterie. In sommige gevallen leidt een infectie tot sterfte, maar hoe vaak dit voorkomt is niet te meten. Dit komt omdat mensen vaak overlijden *met* resistente bacteriën en niet *door* resistente bacteriën. In algemene zin kan gezegd worden dat het aantal resistente bacteriën dat bij mensen infecties kan veroorzaken, ongeveer stabiel is gebleven. Toch blijft er reden voor zorg en oplettendheid. In 2016 zijn er ten opzichte van 2015 meer «uitbraken» in zorginstellingen gemeld van bacteriën die resistent zijn tegen de antibiotica die als laatste redmiddel worden gebruikt. De kans bestaat dat deze bacteriën nog vaker gaan voorkomen. Gezonde mensen hebben daar geen last van, maar kwetsbare mensen kunnen er ziek van worden. Als steeds meer bacteriën resistent worden tegen antibiotica, worden de behandel mogelijkheden op den duur beperkt en wordt het moeilijker om ook onschuldige kwalen als een blaasontsteking te kunnen behandelen.

Vraag 304

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

Antwoord:

Per 1 januari 2017 is het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten operationeel. In de periode vanaf 1 januari tot en met 30 september 2017 zijn in totaal 548 meldingen ontvangen.

Bij 270 meldingen betrof het een geneesmiddel dat tijdelijk niet in de handel wordt gebracht. Hiervan hadden 36 meldingen te maken met vertraging in de productie of vrijgifte van de grondstof en 140 met vertraging in de productie of vrijgifte van het eindproduct. In 31 gevallen ging het om problemen met planning of distributie, in 51 gevallen om problemen met levering vanwege toegenomen vraag en in 10 gevallen was de reden bedrijfseconomisch.

In deze periode zijn daarnaast 18 meldingen ontvangen van een kwaliteitsdefect met mogelijk een tekort. Ook zijn 43 meldingen ontvangen dat een geneesmiddel definitief niet meer in de handel wordt gebracht, 42 keer is hiervoor als reden opgegeven: «Bedrijfseconomische redenen» en 1 keer: «Vertraging in de productie of vrijgifte van het eindproduct».

Een melding betekent niet dat er ook daadwerkelijk een leveringstekort is ontstaan omdat ook *mogelijke* tekorten worden gemeld. De leveringstekorten die er waren, hebben bovendien niet allemaal geleid tot een geneesmiddelentekort omdat in veel gevallen een alternatief voorhanden was.

Over individuele meldingen worden door het Meldpunt niet standaard gepubliceerd. Op de website van het CBG wordt gecommuniceerd over geneesmiddelentekorten in specifieke situaties.

Vraag 305

Hoeveel winst hebben farmaceutische bedrijven de afgelopen 5 jaar in Nederland gemaakt, uitgesplitst naar bedrijf?

Antwoord:

Zie ook vraag 44. Het CBS publiceert cijfers op geaggregeerd niveau. Een uitsplitsing naar bedrijven is bij het CBS niet beschikbaar.

Vraag 306

Kunt u een overzicht geven van alle lopende initiatieven voor gezamenlijk inkoop van medicijnen?

Antwoord:

Momenteel gebeurt er veel op het gebied van de gezamenlijke inkoop van (dure) geneesmiddelen. Zo is 1 oktober 2017 het – in de geneesmiddelenvisie aangekondigde – Platform Inkoopkracht Dure Geneesmiddelen van start gegaan. Daarin werken ondermeer algemene ziekenhuizen, UMC's en zorgverzekeraars samen om de inkoop van dure geneesmiddelen te optimaliseren. Ook hebben de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op 1 september 2017 aangekondigd met elkaar samen te werken bij de inkoop van dure geneesmiddelen, te beginnen met het opzetten van een gemeenschappelijke pilot op de inkoop van een groep oncologische geneesmiddelen. Enkele andere voorbeelden van lopende samenwerkingen bij de inkoop van geneesmiddelen zijn Santeon (bestaande uit zeven topklinische ziekenhuizen), de Inkoopcombinatie Ziekenhuis Apotheken Academische Ziekenhuizen (IZAAZ), Inkoopcombinatie Ziekenhuizen Oost Nederland (IZON), Ziekenhuisapothek Noordoost-Brabant (ZANOB) en de Ziekenhuisapothekers Rijnmond Inkoopgroep (ZRIG). Daarnaast zijn nog verschillende andere regionale inkoopverbanden actief. Thema's en knelpunten die voortkomen uit deze initiatieven kunnen in het onlangs ingestelde Platform Inkoopkracht Dure Geneesmiddelen geagendeerd en aangepakt worden. Internationaal werkt Nederland samen met België, Luxemburg en Oostenrijk in de BeNeLuxA.

Vraag 307

Kunt u een overzicht geven van de prijsontwikkeling van geneesmiddelen in Nederland van 2012 t/m 2017?

Antwoord:

Voor de prijsontwikkeling van geneesmiddelen in Europese perspectief zie het antwoord op vraag 308.

Een overzicht van de prijsontwikkeling van geneesmiddelen in Nederland van 2012 t/m 2017 hebben we op dit moment niet beschikbaar. Begin 2018 zal een dergelijke overzicht naar u worden toegezonden.

Vraag 308

Kunt u een overzicht geven van de prijsontwikkeling van geneesmiddelen in Nederland, in vergelijking met andere Europese landen?

Antwoord:

De Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp) zorgt ervoor dat maximumprijzen van nieuwe geneesmiddelen in Nederland bestaan uit het gemiddelde van vier ons omringende landen (België, Duitsland, Verenigd Koninkrijk, Frankrijk). De prijsontwikkeling van nieuwe en bestaande merkgeneesmiddelen gaat daarmee feitelijk gelijk op met die van deze landen.

Een indicatie van algemene prijsniveaus is af te leiden uit een jaarlijks door de Zweedse overheidsinstantie *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* (het vergoedingsagentschap voor tandheelkunde en geneesmiddelen, TLV) uitgebrachte vergelijking tussen landen. Daaruit blijkt dat geneesmiddelenprijzen voor merkgeneesmiddelen en geneesmiddelen waarvoor geen concurrentie (in Zweden) bestaat, in Nederland gemiddeld tot bovengemiddeld zijn (zie figuur 1).

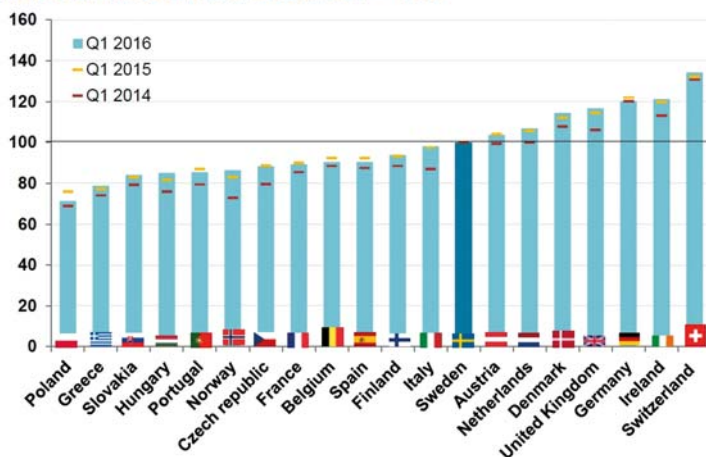
Dit zijn over het algemeen gepatenteerde geneesmiddelen en dure geneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen.

Voor producten waarvoor wel concurrentie bestaat (op dezelfde werkzame stof) constateert TLV dat de prijzen in Nederland juist één van de laagste zijn (zie figuur 2).

Een eenduidige prijsvergelijking tussen landen is moeilijk te maken. Dit heeft te maken met verschillen in prijs- en of vergoedingssystemen, evenals de verschillen in inkoop. Door de grote variatie en daarmee de niet op voorhand zichtbare bedongen kortingen op geneesmiddelen levert een vergelijking van lijstprijzen niet op voorhand een betrouwbaar beeld op.

Figuur 1.

Pharmaceuticals not Exposed to Competition Bilateral price index. Sweden = 100

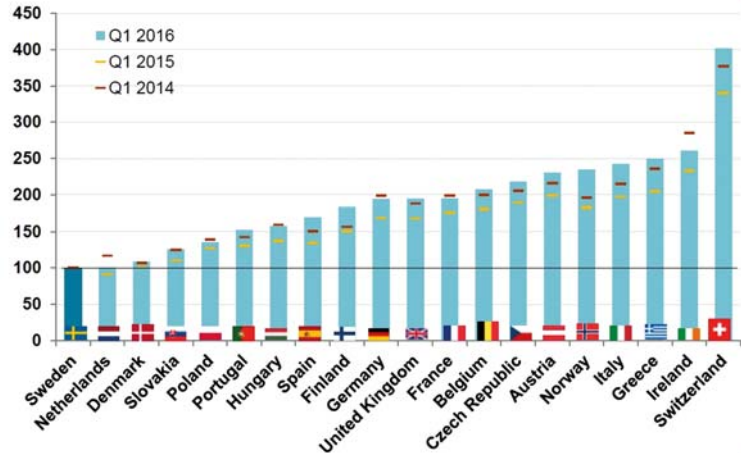


TLV

Figuur 2.

Pharmaceuticals Exposed to Competition

Bilateral price index, Sweden = 100



ILV

Vraag 309

Hoe vaak halen patiënten hun medicijnen niet in de apotheek op vanwege het aanspreken van het eigen risico?

Antwoord:

Uit het Nivel-onderzoek naar omvang en aard van zorgmijding, dat bij brief van 28 oktober 2015 aan de Kamer is aangeboden (TK 29 689, nr. 664), blijkt dat in 2014 29% van de patiënten een geneesmiddel niet ophaalde. Dit percentage ligt lager dan in 2008 en 2009. Toen haalde respectievelijk 34% en 35% van de patiënten een geneesmiddel niet op. Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat hier verscheidene redenen voor kunnen zijn, waaronder (vermeende) financiële redenen. Dit Nivel-onderzoek bevat de meest recente gegevens gebaseerd op objectieve data zoals zorgregistraties en declaratiecijfers.

Vraag 310

Hoe vaak zijn er leveringsproblemen bij geneesmiddelen in het preferentiebeleid?

Antwoord:

Het is niet bekend hoe vaak een leveringsprobleem plaatsvindt bij preferente middelen.

Vraag 311

Zou het aanwijzen van meerdere preferente geneesmiddelen kunnen bijdragen aan het terugdringen van geneesmiddeltekorten, omdat op deze manier meerdere spelers op de markt actief blijven waardoor tekorten eenvoudiger op te vangen zijn?

Antwoord:

Het is vooraf moeilijk in te schatten of het aanwijzen van meerdere preferente middelen eventuele tekorten zal doen verminderen. Ook nu komt het voor dat er meerdere spelers op de markt actief blijven, doordat niet alle verzekeraars hetzelfde geneesmiddel preferent verklaren. Het aanwijzen van meerdere preferente geneesmiddelen kan zorgen voor meer aanbieders op de markt, maar dat hoeft niet. Het zou juist ook kunnen zijn dat het preferent maken van meerdere middelen zorgt voor

vershraling van het aanbod, omdat de kans bestaat dat apothekers vooral bij grote leveranciers met een breed assortiment gaan inkopen vanwege combinatiekortingen die ze ontvangen. Kleine spelers op de markt zouden zich hierdoor kunnen terugtrekken, waardoor het systeem juist kwetsbaarder wordt voor onvoorziene omstandigheden.

Vraag 312

Wat is de impact op de begroting van VWS als farmaceutische zorg niet langer ten laste komt van het eigen risico?

Antwoord:

Dit zou een derving aan eigen risico-opbrengsten van ca. € 0,4 miljard betekenen. In deze berekening wordt alleen rekening gehouden met extramurale geneesmiddelen. Als gevolg van een verminderd remgeld-effect zullen tevens de zorguitgaven stijgen.

Vraag 313

Voor de implementatie van welke nieuwe wet moeten de 6 miljoen euro incidentele kosten worden vrijgemaakt in 2018? Over welke opdracht wordt hier gesproken?

Antwoord:

Het gaat hier om een reservering voor kosten die naar verwachting in 2018 in opdrachtvorm gemaakt worden in verband met de implementatie van de Wet verplichte ggz. De opdracht moet nog worden vormgegeven.

Vraag 314

Is met de afname van het aantal wanbetalers de achterstallige premie ook afgenomen? Zo ja met hoeveel en hoeveel staat er nog open aan achterstallig premiegeld?

Antwoord:

Premiegeld zorgverzekeraars:

Met de afname van het aantal wanbetalers, met name als gevolg van betalingsregelingen bij zorgverzekeraars, neemt ook het bedrag aan achterstallige premies bij hen af. Er zijn geen cijfers beschikbaar in welke mate dit afneemt.

Bestuursrechtelijke premie:

Het openstaande bedrag aan bestuursrechtelijke premie was eind 2016 € 1,06 miljard en betreft de jaren 2009 tot en met 2016. Hierin is nog niet meegenomen de ontvangst van de zorgtoeslag door het CJIB bij nog niet geheel voldane vorderingen (€ 158 miljoen) en de nog niet afgedragen ontvangsten bij deurwaarders (€ 34 miljoen). Pas als de vordering bij het CJIB (en bij de deurwaarder) volledig is betaald, wordt dit doorgegeven aan het CAK.

De daling van het aantal wanbetalers wordt hoofdzakelijk veroorzaakt doordat op grote schaal betalingsregelingen worden afgesproken. Als deze betalingsregelingen zijn voldaan volgt een eindafrekening van het CAK met de openstaande bestuursrechtelijke premie. Dit (kleine) effect is nog niet zichtbaar in het openstaande bedrag bestuursrechtelijke premie.

Vraag 315

Hoe wordt de 350 miljoen voor extra personeel in de zorg in gezet. Hoe wordt voorkomen dat dit geld aan de strijkstok blijft hangen, maar daadwerkelijk wordt ingezet? Is dit bedrag geoormerkt?

Antwoord:

Er is in totaal € 347 miljoen beschikbaar voor een samenhangende impuls gericht op om- en bijscholing van nieuw aan te trekken personeel,

loopbaanoriëntatie en -begeleiding en activiteiten gericht op het verbeteren van het beeld van werken in de zorg. Van deze € 347 miljoen is € 275 miljoen geormerkt voor verpleeghuiszorg. De besteding van deze middelen gebeurt vrijwel volledig op PxQ basis gericht op concrete activiteiten.

Vraag 316

Waar wordt het geld dat begroot is als «middelen voor de uitvoering en activiteiten op het terrein van stelselverantwoordelijkheid en transformatie» aan uitgegeven? Wat voor soort activiteiten en werkzaamheden worden daarmee gefinancierd?

Antwoord:

Zoals eerder aangegeven in de beantwoording van de vragen naar aanleiding van de eerste suppletore begroting 2017 kan vooralsnog alleen voor de jaren 2017–2019 een aantal concrete voorbeelden worden genoemd. Het gaat om diverse subsidies aan landelijke organisaties, gericht op het (gezamenlijk) verbeteren van de randvoorwaarden voor een kwalitatief goede uitvoering op regionaal en lokaal niveau. In dit verband kunnen genoemd worden: de Wmo-werkplaatsen, het programma «Aandacht voor iedereen», het actieplan professionalisering sociaal werk Nederland, het ISD programma van de VNG, de ontwikkelagenda «Volwaardig meedoen», het programma informatievoorziening sociaal domein, project «De pluim» van de ANBO, het programma sociaal domein, de kwaliteit van cliëntondersteuning en gespreksvoering met o.a. VNG, MEE NL en de beroepsvereniging cliëntondersteuning, en het project «Vernieuwingsactiviteiten Wmo» van de VNG. Voor de jaren daarna zal nadere standpuntbepaling over de besteding plaatsvinden, mede op grond van nieuwe beleidsprioriteiten maar altijd ter invulling van de systeemverantwoordelijkheid van VWS.

Vraag 317

Wat zijn precies de «middelen voor de uitvoering van de activiteiten op het terrein van stelselverantwoordelijkheid en transformatie»? Waarom is deze post structureel?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 316. Zoals eerder aangegeven in de beantwoording van de vragen naar aanleiding van de eerste suppletore begroting 2017 is om blijvend uitgaven te kunnen doen op het terrein van systeemverantwoordelijkheid en transformatie, een bedrag van € 8 miljoen structureel beschikbaar gesteld.

Vraag 318

Wat verklaart de significante toename van het over te hevelen bedrag vanuit de integratie-uitkering Sociaal Domein, deel Wmo en Jeugd ten behoeve van uitvoeringskosten in 2018 ten opzichte van de overheveling ten behoeve van uitvoeringskosten en reorganisatiekosten in 2017?

Antwoord:

Het overgehevelde bedrag van € 6,4 miljoen in 2017 betreft een aanvulling op het reeds beschikbaar gestelde bedrag van € 35,1 miljoen. Zie hiervoor de VWS-begroting 2017 (Kamerstuk 34 550 XV, nr. 2, p 18). Voor 2018 zijn de gemeentelijke kosten van de uitvoering trekkingsrechten door de SVB begroot op € 35,6 miljoen. Er is daarmee geen sprake van een significante toename in 2018 ten opzichte van 2017.

Vraag 319

Waarom wordt in 2018 35,6 miljoen euro over te hevelen vanuit de integratie-uitkering Sociaal Domein? Over welke uitvoeringskosten en reorganisatiekosten gaat dit?

Antwoord:

Het gaat om de geraamde uitvoeringskosten trekkingsrechten van de SVB voor het gemeentelijke pgb-gebruik op grond van de Wmo en Jeugdwet. De reorganisatiekosten in 2017 betreffen tijdelijke additionele frictiekosten vanwege afvloeiing van personeel.

Vraag 320

Waar worden de middelen voor de uitvoering van de activiteiten op het terrein van stelselverantwoordelijkheid en transformatie aan uitgegeven?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 316.

Vraag 321

Waarom wordt in de periode 2017–2019 in totaal 22,5 miljoen euro uitgegeven om zorgaanbieders te ondersteunen bij de volledige implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg? Waar worden die middelen aan uitgegeven?

Antwoord:

Met ingang van 13 januari 2017 is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg van kracht. In de periode 2017–2019 worden extra middelen beschikbaar gesteld om partijen bij de invoering hiervan te faciliteren. Zorgaanbieders worden onder meer ondersteund door het delen van goede voorbeelden en kennis via de zorgkantoren. Dit stimuleert het samen leren, experimenteren en kennisuitwisseling over kwaliteit van verpleeghuiszorg. Daarnaast worden partijen ondersteund via de regionale aanpak arbeidsmarktbeleid. Daarbij wordt per zorgkantoorregio een analyse gemaakt van de vraagstukken die spelen bij het opleiden, werven en selecteren van voldoende en deskundig personeel. Dit draagt bij aan een gezamenlijke strategie van zorgaanbieders, zorgkantoren, regionale werkgeversorganisaties en onderwijsinstellingen gericht op voldoende gekwalificeerd personeel voor de verpleeghuizen.

Vraag 322

Op welke wijze worden de structurele middelen naar aanleiding van de motie Heerema ingezet? Kunt u een lijst geven met de «talentvolle en kansrijke sportprogramma's», en een specificatie van het flankerende beleid? Kunt u daarbij ook een uitsplitsing van de uitgaven maken?

Antwoord:

De jaarlijkse instellingssubsidie aan NOC*NSF voor de uitvoering van het topsportbeleid is met € 9 miljoen opgehoogd en wordt ingezet voor het kwalitatief versterken van in totaal 65 topsport- en opleidingsprogramma's, het ondersteunen van extra talenten- of seniorenprogramma's en het investeren in 7 nieuwe talentvolle en kansrijke programma's (Softbal dames, Waterpolo heren, Badminton, Schoonspringen, Autosport, Wegrace, Para-roeien). Ook wordt extra ingezet op het verbeteren van de kwaliteit van de huidige CTO infrastructuur en het instellen van een fonds voor start-ups. Dit fonds is gericht op teamsporten buiten het topsportfocusbeleid maar met een zeer grote mondiale prestatiedichtheid en/of impact (Handbal heren, Basketbal heren, Rugby sevens dames en Rolstoelrugby krijgen extra ondersteuning).

De resterende € 1 miljoen wordt ingezet voor flankerend beleid, waaronder de stipendium- en kostenvergoedingsregeling en coachesopleidingen.

Vraag 323

Op welke wijze worden de structurele middelen naar aanleiding van de motie Heerema ingezet? Kunt u een lijst geven met de «talentvolle en kansrijke sportprogramma's», en een specificatie van het flankerende beleid? Kunt u daarbij ook een uitsplitsing van de uitgaven maken?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 322.

Vraag 324

De Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) wordt langer in de lucht gehouden omdat de transformatieopgave nog in volle gang is. Waarop is gebaseerd dat er nog behoefte is aan de TAJ?

Antwoord:

De stelselwijziging is sinds 2015 van kracht. In 2015 stond het overgangsrecht en zorgcontinuïteit centraal. Onder andere de TAJ heeft geconstateerd dat er bij de stelselwijziging geen kinderen tussen wal en schip zijn gevallen.

Na deze «zachte landing» is transformatie prioriteit geworden. In haar derde jaarrapportage constateert de TAJ dat de filosofie die aan de Jeugdwet ten grondslag ligt, net als de daarmee verband houdende uitgangspunten van de transformatie, kan rekenen op een breed draagvlak, maar daarmee is nog niet gezegd dat de transformatie al voldoende op gang is gebracht. Lokaal en regionaal zijn verschillen zichtbaar.

In overleg met gemeenten en de branches is daarom besloten om de TAJ met 1 jaar te verlengen tot 1 april 2018. De beantwoording van de vraag of na deze datum een rol voor een Transitie Autoriteit Jeugd is weggelegd laat ik aan mijn opvolger.

Vraag 325

Waarom was er een onderuitputting van 35 miljoen euro van de Transitie Autoriteit Jeugd in 2016?

Antwoord:

Er is € 200 miljoen beschikbaar voor de subsidieregeling «Bijzondere Transitiekosten Jeugdwet». De instellingen kunnen alleen in aanmerking komen voor subsidie als er kosten gemaakt zijn voor de transitie naar de gemeenten toe en de instellingen deze kosten niet zelf kunnen betalen. Er zijn minder instellingen in de financiële problemen gekomen dan verwacht, dus is er minder beroep gedaan op de subsidieregeling.

Vraag 326

Welke centrale gemeentelijke voorzieningen inzake de Jeugdwet worden centraal belegd bij VWS?

Antwoord:

Het betreft het vertrouwenswerk jeugd en de kindertelefoon.

Vraag 327

Wat betreffen de «overige mutaties» in 2018 (59,578 miljoen)?

Antwoord:

De overige mutaties betreffen een groot aantal kleinere mutaties, waarvan een deel al in de eerste suppletore wet is gemeld. De belangrijkste zijn:

- Een investering in de EU-geneesmiddelenautoriteit (EMA) ter compensatie van de gevolgen van de Brexit (€ 2,7 miljoen).
- De pilot inbedding psychosociale zorg bij somatische aandoeningen (€ 4 miljoen).
- Onderzoeksinfrastructuur Prinses Maxima Centrum (PMC) (€ 4 miljoen).
- Tolkenvoorziening huisartsen – statushouders (€ 2,8 miljoen)
- Borstimplantaten transgenders (€ 4 miljoen).
- Noodzakelijke investering in de ICT bij de NZa (€ 2,1 miljoen).
- De kosten voor de uitkeringen aan oorlogsgetroffenen en pensioenen voor verzetsdeelnemers vallen hoger uit (€ 7 miljoen). Dit is onder andere het gevolg van een verschil in de wijze van indexeren van de uitkomsten en de wijze van indexeren van het budget voor de uitkeringen.
- Extra middelen als gevolg van de fusie Lotto-Staatsloterij (€ 2,5 miljoen).
- Bij de eerste suppletore wet 2017 zijn er op het apparaatsartikel 10 diverse mutaties verwerkt (€ 14,6 miljoen).

Daarnaast zijn er diverse kleine mutaties verwerkt in de begroting van VWS.

Vraag 328

Wat betreffen de «Overige mutaties» in 2022 ter waarde van 15,525 miljard euro?

Antwoord:

Dit betreft het extrapoleren van de meerjarencijfers naar 2022.

Vraag 329

Kan per begrotingsartikel aangegeven worden wat de bestuurlijke verplichtingen zijn? Welke middelen per begrotingsartikel zijn daarmee vrijelijk beschikbaar voor alternatieve aanwending?

Antwoord:

Er wordt in de financiële administratie niet apart bijgehouden welke nog niet verplichte voornemens samenhangen met bestuurlijke toezeggingen. Daarom is het niet mogelijk om per begrotingsartikel aan te geven welk deel van de niet juridisch verplichte uitgaven samenhangt met bestuurlijke toezeggingen. Overigens is het sterk afhankelijk van de specifieke bestuurlijke toezegging of daarmee gemoeide middelen «vrijelijk» beschikbaar zijn voor alternatieve aanwending.

Vraag 330

Kunt u aangeven hoe de middelen uit de subsidieregeling transgender-vrouwen worden besteed? Hoe verschilt dit met andere jaren?

Antwoord:

De middelen voor de subsidieregeling worden besteed aan de vergoeding van borstprotheses ten behoeve van man-vrouw transgenders. Op dit moment wordt de subsidieregeling uitgewerkt. De middelen komen in 2018 voor het eerst beschikbaar. Ik verwijs u naar mijn brief van 15 juni 2017 (TK 2016–2017, 29 698, nr. 832).

Vraag 331

Kunt u aangeven wat de verwachte resultaten zijn van de beschikbaar gestelde middelen voor het verminderen van ervaren regeldruk?

Antwoord:

Om de regeldruk bij zorgprofessionals in 2018 verder merkbaar te verminderen zetten we in tenminste vijf sectoren een maatwerkeraanpak in, bijvoorbeeld in de ggz, bij apothekers en bij fysiotherapeuten. Hierbij worden door (zorg)professionals aangedragen concrete knelpunten samen met betrokken partijen (bijvoorbeeld zorgaanbieders, verzekeraars, gemeenten, toezichthouders en VWS) aangepakt. Vervolgens wordt inzichtelijk gemaakt of de aanpak ook daadwerkelijk tot merkbaar minder regeldruk leidt. Zie voor een nadere toelichting de voortgangsrapportage Merkbaar minder regeldruk van 24 mei 2017 (TK 29 515, nr. 416).

Vraag 332

Waarom is besloten een begrotingsreserve aan te leggen voor eventuele schade in het kader van de achterborg, terwijl het nog nooit nodig is geweest voor het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) om die achterborg in te roepen? Hoe groot wordt deze reserve?

Antwoord:

De onderstaande tabel toont de voorgenomen toename van de begrotingsreserve in de periode 2018–2022. Deze tabel kunt u tevens terugvinden in de begroting (artikel 9, p. 125).

Tabel: Begrotingsreserve achterborg WFZ-garanties (x € 1.000)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Garanties	5.000	10.000	15.000	20.000	20.000	20.000

Deze begrotingsreserve fungeert als een extra vangnet om het risico voor de Rijksbegroting nog verder te beperken. De bedragen houden geen verband met de actuele financiële situatie bij individuele zorginstellingen.

Vraag 333

Om welke redenen is er besloten tot het aanleggen van een extra begrotingsreserve inzake het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) om verdere risico's te beperken? Zijn er risico's geconstateerd die de kans op een beroep op deze achterborg vergroten? Graag uw toelichting.

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 332.

Vraag 334

Hoe vaak is er inmiddels gebruik gemaakt van het Waarborgfonds Zorgsector?

Antwoord:

In het verleden is er één keer een WFZ-garantie ingeroepen. Dit betrof het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in 2013. Het WFZ heeft dit destijds probleemloos op kunnen vangen met het eigen risicovermogen.

Vraag 335

Wat zijn de opbrengsten van de in 2016 ingestelde VWS-monitor?

Antwoord:

Zie pagina 31 en 32 van de toelichting op de VWS-begroting 2018

Vraag 336

Hoe verhoudt uw eerdere toezegging (WGO VWS-jaarverslag 2016, 29 juni 2017) dat de Kamer bij de begroting 2018 een advies zou ontvangen over de verbeter- en uitbreidingsmogelijkheden van de VWS-monitor zich met

de tekst in de begroting dat dit advies in het najaar 2018 aan de Kamer zal verzonden?

Antwoord:

Het aanbieden van het advies over de verbeter- en uitbreidingsmogelijkheden van de VWS-monitor laat ik over aan mijn opvolger.

Vraag 337

Hoe worden vrouwen proactief op de hoogte gebracht van de risico's van schadelijke hormoonverstorende stoffen, zodat zij goed geïnformeerde keuzes kunnen maken?

Antwoord:

De afspraak is dat de folder Zwanger! door alle verloskundig zorgverleners uitgereikt wordt tijdens het eerste consult tijdens de zwangerschap. In de folder is een link opgenomen naar de website van het RIVM over hormoonverstorende stoffen. Ook via de website van het Voedingscentrum kan worden doorgelinkt naar deze informatie.

Vraag 338

Waarom wordt in de tabel bij de indicator Gezond blijven alleen het percentage jongeren wat betreft overgewicht en roken genoemd?

Antwoord:

In 2016 is VWS begonnen met de ontwikkeling van de VWS -monitor. Deze monitor bevat (maatschappelijke) doelstellingen met indicatoren voor de verschillende levensfasen. Per levensfase zijn vier dimensies geformuleerd: toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en betrokken samenleving. Voor de fase Gezond Blijven is op de dimensie kwaliteit gekozen voor drie indicatoren: het percentage jongeren met overgewicht, het percentage rokers onder jongeren en de levensverwachting in goede gezondheid. Het voorkomen van roken en overgewicht zijn kernpunten in het beleid tot bevordering van gezond opgroeien en een gezonde leefstijl. Dat neemt niet weg dat VWS ook beleidsindicatoren heeft op andere leefstijlthema's, zie hiertoe de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg.

Vraag 339

Wat kosten de persoonsgebonden budgetten jaarlijks?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 13.

Vraag 340

Hoeveel persoonsgebonden budgetten worden jaarlijks afgegeven per zorgdoelgroep en sector?

Antwoord:

Wlz

Volgens de gegevens van de NZa waren er in december 2015 32.400 Wlz-budgetten. Ultimo 2016 waren er 39.881 Wlz-budgetten en ultimo augustus 2017 waren dit er 38.541. Dit laatste aantal bevat niet de beschikkingen die nog met terugwerkende kracht worden afgegeven.

De globale verdeling van de verzekerden met een zorgprofiel is als volgt:

- Verpleging en verzorging: 23%
- Verstandelijke beperking: 64%
- Lichamelijke beperking: 12%
- Zintuiglijke beperking: 1%

Wmo en Jeugdwet

Volgens de gegevens van de SVB waren er ultimo september 2017 17.412 Jeugdwet budgetten. Ultimo 2016 waren er 19.033 Jeugdwet budgetten en ultimo 2015 waren dit er 25.650.

Volgens de gegevens van de SVB waren er:

- ultimo september 2017 31.789 Wmo-BG budgetten en 28.362 Wmo-HH budgetten;
- ultimo 2016 waren er 33.697 Wmo-BG budgetten en 31.711 Wmo-HH budgetten;
- in december 2015 waren er 43.500 Wmo-BG budgetten en 39.988 Wmo-HH budgetten.

Zvw

De gegevens van 2017 worden bekend met de monitor Zvw-pgb 2017, die medio 2018 uitkomt. Volgens de monitor 2015 was het aantal mensen met een pgb op 1 januari 2015 30.631 en op 31 december 2015 23.482. Volgens de monitor 2016 was het aantal mensen met een pgb op 1 januari 2016 19.412 en op 31 december 2016 16.912.

Vraag 341

Hoeveel indicaties «Begeleiding» hebben een Persoonsgebonden budget (pgb) financiering?

Antwoord:

Volgens de gegevens van de SVB waren er ultimo september 2017 31.789 Wmo-BG budgetten. Naast deze groep die expliciet begeleiding geïndiceerd heeft gekregen, kan begeleiding ook ingekocht worden met een Jeugdwet-pgb en een Wlz-pgb.

Vraag 342

Hoeveel indicaties «Persoonlijke verzorging» hebben een pgb financiering?

Antwoord:

Van Zvw-budgethouders die hun declaraties rechtstreeks indienen bij de eigen zorgverzekeraar geldt dat eind 2015 1.999 van hen formele verzorging en 7.765 informele verzorging inkochten.

Vraag 343

Hoeveel mantelzorgers worden betaald uit het pgb?

Antwoord:

Mantelzorg is onbetaalde en vaak langdurige zorg voor zieke familieleden of vrienden. Mantelzorg wordt dan ook niet uit een pgb betaald. Wel kan informele zorg uit het pgb betaald worden.

Vraag 344

Hoeveel mensen zetten per jaar hun zorg in natura om in pgb?

Antwoord:

Op landelijk niveau zijn geen gegevens bekend van hoeveel mensen jaarlijks hun zorg omzetten van zorg in natura naar pgb.

Vraag 345

Wat is het hoogste en laagste pgb-bedrag voor iemand?

Antwoord:

Het hoogste pgb-bedrag dat bij de SVB geregistreerd staat is een Wlz-budget en is € 311.967. Het laagste pgb-bedrag dat bij de SVB geregistreerd staat betreft een Wmo-HH budget en is circa € 100.

Op basis van de toegekende budgetten voor 2017 met de looptijd van een jaar is het afgeronde gemiddelde per wet als volgt:

Wlz: € 50.500

Jeugdwet: € 14.000

Wmo BG: € 13.000

Wmo HH: € 2.500

Vraag 346

Hoeveel klachten heeft het Sociale Verzekeringsbank (SVB) de afgelopen 2 jaar binnengekregen?

Antwoord:

Het aantal klachten dat de SVB ontvangt over de uitvoering van het pgb is de afgelopen jaren afgenomen. Over heel 2016 zijn 7009 klachten binnengekomen. In 2017 zijn tot en met september 3157 klachten ontvangen, dat is een daling van 46% ten opzichte van de stand september 2016.

Vraag 347

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen uit de begroting 2018 met betrekking tot het persoonsgebonden budget?

Antwoord:

In de begroting 2018 is voor pgb's in de Wlz ruim € 150 miljoen meer beschikbaar dan in 2017. Zie hiervoor tabel 19 van de verdiepingsbijlage. Voor de Zvw, Wmo 2015 en de Jeugdwet wordt vooraf geen specifiek pgb-kader begroot en is pas achteraf vast te stellen hoeveel in de betreffende domeinen aan pgb's is uitgegeven. Daarnaast is aan artikel 3 voor 2018 € 35,6 miljoen toegevoegd voor de uitvoeringskosten van pgb's voor de Wmo en de jeugdwet vanuit het systeem van trekkingsrecht door de SVB. Deze middelen zijn overgeheveld vanuit de integratie-uitkering Sociaal domein. Ook is er in 2018 € 4,7 miljoen beschikbaar voor ondersteuning van pgb-budgethouders.

Vraag 348

Hoeveel procent van de maandelijks ingediende declaraties voor pgb wordt goedgekeurd en hoeveel procent wordt hiervan afgekeurd?

Antwoord:

Er is een stijgende lijn zichtbaar in het percentage declaraties dat direct kan worden goedgekeurd en uitbetaald door de SVB. In januari 2017 lag het percentage declaraties wat direct kon worden goedgekeurd en uitbetaald op 95,7%. In september 2017 is 97,7% van de declaraties direct goedgekeurd en uitbetaald. De overige 2,3% is in eerste instantie afgekeurd en vervolgens is aanvullende informatie opgevraagd bij de budgethouder om tot goedkeuring en uitbetaling van de declaratie over te kunnen gaan.

Vraag 349

Hoeveel pgb's zijn in 2017 afgegeven, uitgesplitst per maand, indicatie en zorgsector? Hoeveel was dit in 2016 en 2015?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 340 voor het aantal budgetten ultimo 2015 en ultimo 2016.

Voor 2017 is het aantal budgetten als volgt. Voor de Wlz is hierbij gebruik gemaakt van de NZa-gegevens. Voor de Wmo en Jeugdwet is gebruik gemaakt van de gegevens van de SVB. De gegevens van 2017 worden bekend met de monitor Zvw-rgb 2017, die medio 2018 uitkomt.

2017 (ultimo per maand)	Wlz	Jeugdwet	Wmo-BG	Wmo-HH
januari	37.778	17.046	32.733	28.376
februari	38.228	17.439	32.821	28.928
maart	38.547	17.852	33.001	29.286
april	38.799	17.881	32.940	28.244
mei	39.021	17.377	32.632	27.861
juni	39.206	17.599	32.664	27.848
juli	38.372	17.689	32.557	27.736
augustus	38.541	17.415	32.263	28.069

Vraag 350

Hoeveel gemeenten doen uitbetaling van pgb's zelf? Welke gemeenten zijn dit?

Antwoord:

Op grond van de Wmo 2015 zijn de gemeenten verplicht om de uitbetaling van pgb's door de SVB te laten uitvoeren. De SVB voert voor alle gemeenten de uitbetaling van pgb's uit. Enkele gemeenten doen vanuit het verleden een klein deel van de pgb's zelf.

Vraag 351

Hoeveel pgb aanvragen zijn in 2016 en 2017 geweigerd?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het weigeren van pgb's.

Zvw

In 2016 werden 17.798 Zvw-pgb's voor verpleging en verzorging aangevraagd en 5.666 afgewezen. Het aantal aanvragen en weigeringen in 2017 wordt opgenomen in de monitor Zvw-pgb 2017, die medio 2018 uitkomt.

Vraag 352

Welk bedrag is er reeds uitgekeerd aan pgb-houders in het kader van de compensatieregeling?

Antwoord:

76 mensen hebben compensatie ontvangen (zowel budgethouders als zorgverleners). In totaal is er € 350.909,06 aan compensatie uitgekeerd.

Vraag 353

Hoeveel mensen hebben een compensatie ontvangen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 352.

Vraag 354

Hoeveel onrechtmatige pgb declaraties zijn er sinds de invoering van het trekkingsrecht goedgekeurd?

Antwoord:

Tijdens de inductiefase van het trekkingsrecht in 2015 is door het Ministerie van VWS, het Ministerie van SZW, de VNG en ZN besloten om de uitbetaling van declaraties – en daarmee de continuïteit van zorg – voor te laten gaan op het actief uitvoeren van een aantal controles op zorgovereenkomsten en declaraties: het zogeheten «coulancebeleid». Belangrijke controles op de aanwezigheid van voldoende budget, het overschrijden van het maximumtarief en de aanwezigheid van een goedgekeurde zorgovereenkomst bleven wel gehandhaafd.

Per maand worden zo'n 140.000 declaraties verwerkt. De percentages onrechtmatigheid (NB die betreffen niet alleen declaraties, maar ook maandloners en digitaal ingediende urenbriefjes) over 2015 waren 54% voor de Wlz, 15% voor de Wmo en 39% voor de Jeugdwet. De percentages onrechtmatigheid over 2016 waren 43% voor de Wlz, 34% voor de Wmo en 34% voor de Jeugdwet.

Onrechtmatig betekent niet per definitie dat er geen zorg is geleverd en betaald, en dat daarom betalingen teruggevorderd zouden moeten worden. Vaak gaat het om formele onrechtmatigheden, bijvoorbeeld het ontbreken van één of enkele gegevens op de zorgovereenkomst.

Zoals eerder gemeld in de Kamerbrieven van 2 november 2016 (TK 25 657, nr. 273) en 22 februari 2017 (TK 25 657, nr. 284) worden de controles op de zorgovereenkomsten en declaraties uitgevoerd vanaf respectievelijk 1 augustus 2016 en 1 november 2016. Daarmee worden alle controles vanaf het najaar van 2016 weer uitgevoerd. Daardoor, en dankzij de sterke aandacht voor de kwaliteit in de uitvoering bij de SVB, zullen de rechtmatigheidspercentages over 2017 flink verbeteren ten opzichte van die over 2016.

Vraag 355

Welk bedrag aan pgb fraude is er sinds de invoering van het trekkingsrecht opgespoord?

Antwoord:

Zorgverzekeraars hebben in 2015 in totaal € 11,1 miljoen aan fraude vastgesteld, waarvan € 8,2 miljoen betrekking had op het pgb. In 2016 ging het in totaal om € 18,9 miljoen fraude, waarvan € 13,5 miljoen pgb-fraude. De cijfers van de zorgverzekeraars zien alleen toe op de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarnaast heeft de Inspectie SZW in 2015 op basis van strafrechtelijk onderzoek in totaal voor circa € 8 miljoen aan wederrechtelijk verkregen voordeel berekend. Van het totale fraudebedrag had circa € 7 miljoen betrekking op het pgb. De onderzoeken naar pgb-fraude die in 2015 zijn afgerond, zagen alle toe op de AWBZ situatie van vóór 1 januari 2015. In 2016 heeft de Inspectie SZW circa € 5 miljoen aan zorgfraude vastgesteld, waarvan ruim € 1,9 miljoen betrekking had op fraude met pgb's. De onderzoeken die in 2016 zijn uitgevoerd, zagen deels toe op de situatie voor en deels op de situatie na 1 januari 2015.

Vraag 356

Wat is de reden van het verschil tussen de beschikbaar gestelde middelen voor preventie van schadelijk middelengebruik (alcohol, drugs en tabak) tussen 2016 en 2017?

Antwoord:

Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik is tussen 2016 en 2017 gestegen van € 2,2 miljoen naar € 9,3 miljoen. Dit verschil heeft echter te maken met het feit dat de instellingssubsidie voor het Trimbos-instituut, die voor het grootste deel besteed wordt aan schadelijk middelengebruik, in 2017 voor het eerst is opgenomen onder deze post. In voorgaande jaren was deze subsidie opgenomen onder de post Verslavingszorg.

Vraag 357

Waarom is er vanaf 2018 jaarlijks 1.060.000 begroot voor communicatie verhoging leeftijdsgrenzen alcohol en tabak terwijl er geen leeftijdsverhoging aangekondigd is en de uitgaven in 2016 en 2017 0 waren?

Antwoord:

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 meerjarig campagne ingezet. Aan het begin van dit jaar is circa € 1,1 miljoen uitgegeven 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 AZ zijn er geen uitgaven t.l.v. het VWS-budget.

Vraag 358

Wat is de stand van zaken rondom de invoering van het uitstalverbod voor tabaksproducten?

Antwoord:

Van 6 juli 2017 tot en met 3 september 2017 heeft de internetconsultatie plaatsgevonden voor de wijziging van het Tabaks- en rookwarenbesluit en de bijbehorende regeling waarin het uitstalverbod wordt uitgewerkt. In totaal zijn 141 reacties ontvangen die op dit moment worden verwerkt. Het is aan een volgend kabinet om op basis van de bevindingen uit deze consultatie een definitieve keuze te maken met betrekking tot de regeling omtrent het uitstalverbod.

Vraag 359

Waar wordt het jaarlijkse bedrag tot 2022 voor de communicatie van verhoging van leeftijdsgrenzen alcohol en tabak aan besteed?

Antwoord:

Het budget wordt ingezet voor de ontwikkeling en uitvoering van de campagne NIX 18. Deze meerjarige campagne die eind 2013 van start is gegaan, beoogt ouders, jongeren en het brede publiek bewust te maken van de sociale norm dat je onder de 18 niet rookt en niet drinkt. Er is gekozen voor een massamediale inzet om een maximaal bereik van de campagne te realiseren.

In 2018 wordt deze aanpak gecontinueerd.

Vraag 360

Kunt u een overzicht geven van de niet-juridisch verplichte opdrachten (€ 14,9 miljoen) binnen het begrotingsartikel Volksgezondheid?

Antwoord:

Het totaal beschikbare budget voor opdrachten Volksgezondheid bedraagt in 2018 € 14,9 miljoen. Het niet-juridische verplichte deel hiervan is € 2,5 miljoen. en is bestemd voor de volgende onderwerpen:

- Crisisbeheersing volksgezondheid € 0,3 miljoen;
- Depressiepreventie € 0,5 miljoen;
- Nota gezondheidsbeleid/nationaal programma preventie € 0,4 miljoen;
- Gezondheidsbescherming algemeen € 0,3 miljoen;
- Product en Voedselveiligheid € 0,3 miljoen;
- Preventie infectieziektebestrijding € 0,1 miljoen;
- Jeugdgezondheidszorg € 0,1 miljoen;
- Bevorderen verantwoord medisch-ethisch handelen € 0,3 miljoen
- Gezondheidsbevordering € 0,2 miljoen.

Vraag 361

Kunt u aangeven hoe het bedrag van 2,4 miljoen euro voor preventiecoalities wordt besteed?

Antwoord:

Zorgverzekeraars kunnen subsidie aanvragen voor de kosten van de procescoördinatie bij het opstarten of uitvoeren van preventiecoalities. Dit zijn door zorgverzekeraars en gemeenten gezamenlijk gedragen plannen voor effectieve preventieactiviteiten voor risicogroepen met als doel de gezondheid van deze groep te verbeteren. De voorwaarden voor het verlenen van deze subsidie zijn opgenomen in de Subsidieregeling preventiecoalities (stcrt nr. 66742 van 9 december 2016).

Vraag 362

De Nederlandse Voedsel en Waren Autoriteit (NVWA) ontvangt van VWS in 2018 81,4 mln. Komt dat bovenop het bedrag (ruim 333 mln) dat in de begroting EZ staat?

Antwoord:

Nee, het genoemde bedrag van ruim € 333 miljoen is inclusief de bijdrage vanuit VWS.

Vraag 363

Kunt u een overzicht geven van de aanvragen voor de subsidieregeling preventiecoalities die momenteel bekend zijn? Welk deel van deze aanvragen betreft preventieactiviteiten gericht op ouderen?

Antwoord:

Op dit moment zijn twee subsidies voor een preventiecoalitie verleend (preventiecoalitie Vitaal Twente en preventiecoalitie Oss Ruwaard) en is een aanvraag in behandeling. Een van deze preventiecoalities benoemt ouderen specifiek als doelgroep. De andere coalities benoemen thema's waar zij zich op gaan richten. Gezien de thema's die worden genoemd (bijvoorbeeld eenzaamheid, chronische ziekten, dementie) mag verwacht worden dat de activiteiten die hier uit voortvloeien zich ook op ouderen zullen richten.

Vraag 364

Welke taak en mogelijkheden ligt er bij gemeenten op het gebied van depressiepreventie voor mantelzorgers?

Antwoord:

In de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016–2019 is de aanpak van depressie als speerpunt opgenomen. De gemeenten geven aan deze landelijke beleidsprioriteit te willen vertalen naar het lokaal niveau. Voor de preventie van depressie bij mantelzorgers zijn – naast de inzet door andere maatschappelijke partners – voor de gemeenten vooral de wijkteams in beeld. Voor de professionals in de teams zijn het herkennen van signalen van (beginnende) depressie en vervolgens een juiste doorverwijzing daarbij essentieel. Het Trimbos Instituut heeft voor dat doel een e-learning cursus ontwikkeld speciaal voor ouderen adviseurs, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en praktijkondersteuners somatiek.

In het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP) dat ik vorig jaar met 18 partijen ben gestart en dat ten doel heeft het aantal depressiegevallen met 30% te laten afnemen in 2030, behoren overbelaste mantelzorgers tot één van de vijf hoogerisicogroepen waar het programma zich speciaal op richt. Met partners uit het MJP zal de komende jaren een sluitende keten van signalering, verwijzing en juiste interventie worden ontworpen voor de aanpak van depressiepreventie op lokaal niveau bij deze groep.

Vraag 365

In hoeverre wordt de € 10,5 mln. die begroot is voor een goede bescherming tegen infectieziekten, preventie van chronische ziekten en de jeugdgezondheidszorg (JGZ) toegewezen aan de JGZ?

Antwoord:

Voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is € 1,7 miljoen beschikbaar. Deze middelen worden voornamelijk ingezet voor de subsidiëring van de Stg Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (€ 1,6 miljoen). De reguliere gelden voor de JGZ aan gemeenten lopen via het gemeentefonds.

Vraag 366

Welke bedragen zijn gemeoid met de preventie van schadelijk middelengebruik, onderverdeeld in alcohol, drugs en tabak voor de jaren 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017 en waar wordt dit aan besteed?

Antwoord:

Het budget voor de preventie van schadelijk middelengebruik was in 2013 € 1,7 miljoen, in 2014 € 1,2 miljoen, in 2015 € 1,8 miljoen, in 2016 € 2,2 miljoen en in 2017 € 9,3 miljoen. Een onderverdeling in budgetten tussen preventie van alcohol, drugs en tabak kan ik u niet geven aangezien we juist een integrale benadering van middelengebruik hanteren.

Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik wordt voor een groot deel besteed aan subsidie voor activiteiten van het Trimbos-instituut. Het betreft onder meer de volgende activiteiten:

- het schoolprogramma De gezonde school en genotmiddelen (alcohol, drugs en tabak);
- het programma Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen;
- het Nationaal Expertisecentrum Tabak (NET);
- de publieksinformatie op het gebied van alcohol, drugs en tabak (waaronder
- www.ikstopnu.nl en de gratis stop-lijn);
- het Landelijk Steunpunt Preventie.

Vraag 367

Hoeveel moet de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) en haar verschillende afdelingen bezuinigen en hoe gaan de GGD'S deze bezuinigingen invullen? Kunt u zowel een bedrag als een percentage aangeven?

Antwoord:

De gemeenten zijn eigenaar van de GGD'en en daarmee verantwoordelijk voor het financiële beleid en de keuzes die daarbinnen worden gemaakt. Controle vindt plaats door de gemeenteraden van de gemeenten.

Vraag 368

Hoeveel jongeren zijn afgelopen jaar opgenomen op een alcoholpoli?

Antwoord:

Deze maand ontvangt u van mij de jaarlijkse rapportage van VeiligheidNL waarin de cijfers over 2016 worden weergegeven die betrekking hebben op alcoholgerelateerde opnames op een afdeling Spoed Eisende Hulp of alcoholpoli. In mijn aanbiedingsbrief zal ik ook ingaan op de gemiddelde leeftijd van jongeren die behandeld worden voor een alcoholintoxicatie.

Vraag 369

Wat is de gemiddelde leeftijd van jongeren die behandeld worden voor comazuipen?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 368.

Vraag 370
Wat zijn de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche?

Antwoord:
Ik beschik niet over deze informatie.

Vraag 371
Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen 10 jaar is begonnen met roken?

Antwoord:
De afgelopen 10 jaar zijn steeds minder jongeren begonnen met roken (Peilstationsonderzoek 2015, Trimbos-instituut). In 2003 had 44% van de jongeren tussen de 12 en 16 ooit gerookt, in 2015 was dat gedaald tot 23%. In diezelfde periode daalde ook het aantal jongeren dat de afgelopen maand heeft gerookt van 17% naar 11%. Het aantal jongeren dat dagelijks rookt daalde tussen 2003 en 2015 van 9% naar 3%. De startleeftijd voor (het experimenteren met) roken is tussen 2003 en 2015 gestegen van 11,8 jaar naar 12,9 jaar. De verschillen in schoolniveaus zijn nog wel groot. Jongeren in het vmbo zijn veel vaker een roker dan jongeren in het vwo, maar ook onder deze groep daalde het aantal rokers. Jongens en meisjes verschillen niet significant in de prevalentiecijfers. Het Peilstationsonderzoek is op 5 juli 2016 aan uw Kamer aangeboden (TK 34 300 XVI, nr. 165).

Vraag 372
Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen 10 jaar is begonnen met roken van e-sigaretten?

Antwoord:
Het gebruik van de e-sigaret onder jongeren wordt pas sinds 2013 onderzocht (HBSC 2013, Peilstationsonderzoek 2015). In 2013 had 22,1% van de 12 tot 16-jarige scholieren ooit een e-sigaret gebruikt, in 2015 was dat 34%.
Van deze jongeren gebruikte 2% de e-sigaret volgens het onderzoek in 2015 dagelijks en 37% af en toe. Net als bij het roken van tabak hadden jongeren in het vmbo vaker (46%) ervaring met de e-sigaret dan jongeren in het vwo (20%). Meer jongens (40%) dan meisjes (29%) hebben ervaring met de e-sigaret. Over een trend valt op basis van deze twee metingen nog geen uitspraak te doen. Nieuwe cijfers komen beschikbaar met het HBSC-onderzoek in 2018.

Vraag 373
Hoeveel Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG)-gemeenten zijn er momenteel?

Antwoord:
Er zijn momenteel 125 JOGG-gemeenten.

Vraag 374
Hoeveel procent van het aantal scholen heeft een gezonde schoolkantine?

Antwoord:
Het meest recente onderzoek van het RIVM naar «De voedingsomgeving op scholen» laat zien dat van de scholen die in beeld zijn bij het Voedingscentrum (80% van de vo en 50% van de mbo scholen) eind 2015 37% van

de vo scholen en 38% van de mbo een gezonde schoolkantine heeft. Voor meer informatie verwijs ik u naar mijn brief van 9 mei 2016 (TK 31 899, nr. 27).

Vraag 375

Hoeveel procent van het aantal scholen heeft een rookvrij schoolplein?

Antwoord:

Uit onderzoek uit 2016 onder schoolleiders blijkt dat bij ruim driekwart van de po-scholen, ruim de helft van de vo-scholen en vier procent van de mbo-scholen de schoolpleinen geheel rookvrij zijn (Mullier Instituut, 2016). Vanuit het programma Gezonde School worden scholen ondersteund met advies om scholen 100% rookvrij te maken en zo te voldoen aan de wettelijke verplichting om in 2020 geheel rookvrij te zijn.

Vraag 376

Welke vaccinaties voor ouderen worden in 2018 vergoed?

Antwoord:

Ook in 2018 ontvangen ouderen in het najaar een uitnodiging van de huisarts voor een griep prik. Deze griep prik wordt aangeboden door de overheid. Nog dit jaar verwacht ik advies van de Gezondheidsraad en het Zorginstituut over vaccinatie tegen pneumokokken bij ouderen. Het is aan mijn opvolger om op basis van deze adviezen te besluiten over positionering van deze vaccinatie binnen het zorgstelsel.

Vraag 377

Wat is de verklaring voor de jaarlijkse afname sinds 2007 van de deelname aan het Nationaal Programma Grieppreventie

Antwoord:

De afgelopen jaren is regelmatig discussie geweest over de effectiviteit van de griep prik. We weten uit onderzoek dat deelname wordt beïnvloed door de beleving van mensen dat griep geen groot risico is en door twijfel over het nut van de griep prik. Ook komt uit onderzoek naar voren dat mensen geneigd zijn hetzelfde gedrag te blijven vertonen dat zij eerder al hadden: als zij eerder de uitnodiging voor de griep prik afsloegen, doen ze dat het jaar erop vaak weer. In het najaar van 2017 wordt een onderzoek uitgevoerd onder de doelgroep naar de redenen om wel of niet deel te nemen.

Vraag 378

Wat is de verklaring voor de jaarlijkse afname sinds 2007 van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?

Antwoord:

De cijfers over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker laten een lichte daling zien die zich ieder jaar doorzet: van 69,6% in 2009 naar 67,9% in 2015. De afname vindt vooral plaats bij de jongste leeftijdsgroep (30–40 jaar). De reden voor deze daling is niet bekend. De inzet bij het aanbieden van de bevolkingsonderzoeken richt zich in eerste instantie op ondersteunen van vrouwen bij het maken van een goed geïnformeerde keuze om al dan niet aan het bevolkingsonderzoek deel te nemen en niet op een zo hoog mogelijk bereik.

Ik vind het wel van belang dat het bevolkingsonderzoek zoveel mogelijk vrouwen de mogelijkheid biedt om deel te nemen. Het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, dat vanaf begin dit jaar aan vrouwen wordt aangeboden speelt hier op in. Het biedt de keuze aan

vrouwen die moeite hebben met het laten maken van een uitstrijkje om gebruik te maken van de zelfafnameset.

Op dit moment wordt onderzocht of de zelfafnameset ook geschikt is om in te zetten als primaire screening voor alle vrouwen. Mogelijk vergemakkelijkt dit de keuze van de vrouwen uit de jongste leeftijdsgroep om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek.

Vraag 379

Kunt u inzicht geven in de sociaal economische gezondheidsverschillen over de afgelopen jaren? Kunt u daarbij onderscheid maken naar mensen met een laag, een modaal en een hoog inkomen?

Antwoord:

De gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status blijft de afgelopen jaren op veel aspecten achter bij de gezondheid van mensen met een hoge sociaaleconomische status. Zo leven laagopgeleiden gemiddeld ruim zes jaar korter dan hoogopgeleiden en het verschil in de gezonde levensverwachting is zelfs bijna 19 jaar (VTV 2014). De levensverwachting is het laatste decennium ook voor de groep laagopgeleiden gestegen, maar het verschil met hoger opgeleiden bleef ongeveer even groot. Met de komende VTV 2018 en het trendscenario VTV 2018 worden deze cijfers opnieuw bekeken.

Uit onderzoek blijkt dat inkomen een belangrijke indicator van sociaaleconomische positie is in relatie tot gezondheid. Het CBS verzamelt gegevens naar inkomensklasse voor wat betreft de levensverwachting in goed ervaren gezondheid. Voor zover er data beschikbaar zijn, kan worden gesteld dat:

- mensen in de laagste inkomensklasse zich ook minder gezond voelen,
- zij vaker langdurige beperkingen hebben en
- zij vaker één of meer chronische aandoeningen hebben.

Door culturele aspecten is men in Nederland niet zo snel geneigd om informatie over het inkomen te delen. Meer gedetailleerde informatie per inkomenscategorie is niet voorhanden.

Vraag 380

Kunt u inzicht geven in het aantal uur dat in het basisonderwijs besteed wordt aan lessen gericht op gezonde leefstijl, zowel inclusief als exclusief gymlessen? Om welke lessen gaat dit en welke lessen zijn scholen verplicht te geven?

Antwoord:

De Wet op primair onderwijs omschrijft kerndoelen richtinggevend voor de inhoud van het vak bewegingsonderwijs, maar de wet meldt niets over de gewenste duur of frequentie van het bewegingsonderwijs. Scholen zijn vrij om binnen dit kader zelf invulling te geven aan het bewegingsonderwijs. In het bestuursakkoord van OCW en PO raad is in 2014 de afspraak gemaakt dat alle scholen in het basisonderwijs eind 2017 minimaal twee lessen bewegingsonderwijs moeten geven en dat er gestreefd moet worden naar drie lessen per week. Uit cijfers van het Mulier Instituut blijkt dat de helft van alle basisscholen 3 tot 5 lessen bewegingsonderwijs per week aanbieden aan groep 1–2. Voor de groepen 3 tot en met 8 geldt dat 75% van de scholen twee lessen aanbiedt en dat ongeveer 20% van de scholen daaronder zit en 1 les aanbiedt.

Voor de bredere inzet op lessen en activiteiten op een gezonde leefstijl, helpt het programma Gezonde School deelnemende scholen in het primair onderwijs, voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs. Scholen kunnen vrijwillig meedoen aan dit programma en hebben binnen de kaders de vrijheid om hier zelf invulling aan te geven.

Een school kan kiezen uit verschillende gezondheidsthema's zoals sport en bewegen, gezonde voeding, middelengebruik. Er is geen sprake van verplichting. Wel biedt Gezonde School inzicht in de effectiviteit en erkenningen van activiteiten en lespakketten voor de specifieke thema's. Zo kunnen scholen op het Gezonde School thema voeding inzetten via het lesprogramma Smaaklessen. Er zijn inmiddels bijna 1.000 PO-scholen met een themacertificaat op één of meer van de Gezonde School-thema's.

Vraag 381

Wat zijn de doelstellingen voor 2018 om tot minder vet, suiker en zout in producten te komen?

Antwoord:

De doelstelling voor een verbeterde productsamenstelling is verwoord in het Akkoord Verbetering Productsamenstelling en heeft de volgende doelen gesteld voor 2020: een maximuminname van 6 gram zout per dag, een inname van verzadigd vet van maximaal 10% van de energie-inname en een vermindering van de energie-inname. Voor 2018 zal een jaarplan worden opgesteld. Onderdeel daarvan zal zijn dat de industrie, retail, horeca en cateringorganisaties in 2018 met nieuwe en verdergaande afspraken zullen komen om het productaanbod te verbeteren. De Tweede Kamer zal hierover worden geïnformeerd met de in het antwoord op vraag 285 aangekondigde Kamerbrief.

Vraag 382

Heeft u inzicht in het aantal morbiditeit en mortaliteitscijfers in Nederland gerelateerd aan luchtvervuiling en gerelateerd aan schadelijke stoffen (gespecificeerd) voor CMR en hormoonverstorendestoffen?

Antwoord:

Zie het antwoord bij vraag 180.

Vraag 383

Hoeveel (zwangere) vrouwen bereikt u met de huidige voorlichting over schadelijke (hormoonverstorende) stoffen?

Antwoord:

Zie het antwoord bij vraag 337.

Vraag 384

Wat verstaat u onder aanvullende gezondheidszorg en coördinatie omtrent onderzoek naar seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) (€ 34,4 miljoen)? Kunt u aangeven hoe dit bedrag besteed wordt? Kunt u aangeven hoeveel soa-onderzoeken er per jaar gedaan worden welke uit dit budget gefinancierd worden? Is er sprake van een afname van het aantal soa-onderzoeken nu de eisen voor een gratis soa-test zijn aangescherpt?

Antwoord:

Via de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg worden hoog risico groepen getrieerd en waar nodig getest op soa en hiv om verdere verspreiding te voorkomen. Hiervoor kunnen personen die behoren tot de risicogroepen zich melden bij een centrum seksuele gezondheid van een GGD. Afhankelijk van het risico kan een regio ook activiteiten op groepsniveau inzetten om de risicogroepen doelgericht op te sporen. De hoogrisicogroepen worden op basis van epidemiologische gegevens door het RIVM vastgesteld. Hiertoe zijn alle GGD-en aangesloten op het monitoringssysteem bij de GGD-en voor de testen die ze uitvoeren.

De soa-consulten worden tegelijkertijd gebruikt voor seksuele voorlichting voor met name jongeren tot 25 jaar. Deze groep kan ook los van een test terecht bij de GGD-en voor vragen omtrent seksualiteit. De GGD-en maken aanvullend plannen voor de aanpak seksuele gezondheid (vergoten seksuele weerbaarheid) voor jongeren op basis van het regioprofiel. Het grootste deel van de middelen gaat naar de testen/soa-consulten. De 25 GGD-en in Nederland leveren een landelijk dekkend netwerk. Via acht coördinerende GGD-en worden de gelden verspreid om met de 25 GGD-en regionale afspraken te maken.

In 2016 zijn bij de 25 GGD-en 143.139 soa-consulten uitgevoerd. Tijdens de consulten zijn 1 of meerdere testen (op verschillende soa en/of hiv) uitgevoerd. Het aantal consulten is hiermee 5% gegroeid ten opzichte van 2015. Naast de toename in consulten is er tegelijkertijd ook een stijging van de vindpercentage van bijna alle soa, waarschijnlijk door de verscherpte triage.

Naast of soms gelijktijdig aan de soa consulten zijn 11.251 sense consulten met jongeren gevoerd over verschillende sense-gespreksthema's (vragen over seksualiteit). Ook hierin is een toename zichtbaar.

Vraag 385

Hoe staat het met het voornemen om het onderdeel (vaccin)onderzoek van de projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein te privatiseren per 2018?

Antwoord:

Besluitvorming over verzelfstandiging van Intravacc laat ik over aan een nieuw kabinet.

Vraag 386

Welke acties zijn ingezet om de bekendheid van het bestaan van het vaccin tegen gordelroos te vergroten?

Antwoord:

Publieksinformatie over vaccinatie tegen gordelroos is te vinden op de website van het RIVM. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/V/vaccinaties_op_maat/Gordelroosvaccinatie
Deze informatie en het advies van de Gezondheidsraad over vaccinatie tegen gordelroos zijn onder de aandacht gebracht van de ouderenbonden UnieKBO en ANBO en van Verenso (de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde). Zie ook TK 2016–2017, 32 793, nr. 253.
Daarnaast is er informatie beschikbaar voor medische professionals, zie <https://lci.rivm.nl/richtlijnen/gordelroosvaccinatie>. Hier is aandacht aan besteed op diverse medische congressen.

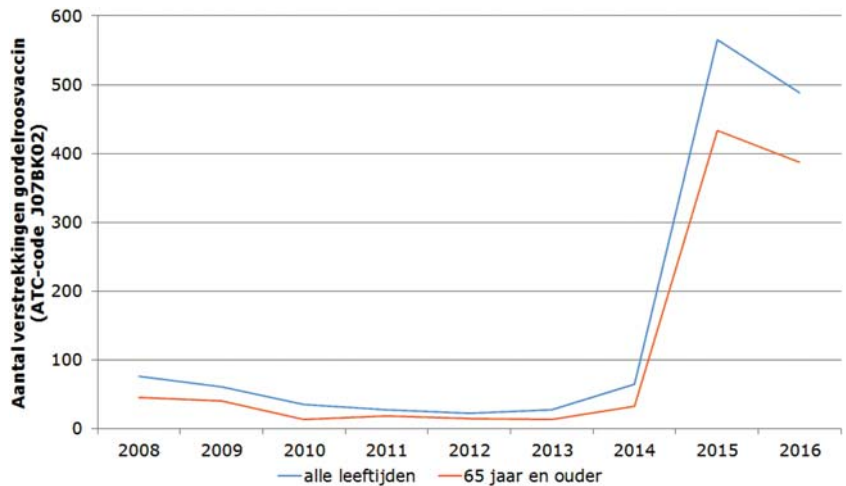
Vraag 387

Kunt u een overzicht geven van het gebruik van de gordelroosvaccinatie in de afgelopen 5 jaar?

Antwoord:

Onderstaande grafiek geeft inzicht in het gebruik van de gordelroosvaccinatie in de periode van 2008 tot en met 2016. Het betreft de gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen. Deze gegevens hebben betrekking op de verstrekking van de vaccinatie via Nederlandse openbare apotheken. Van verstrekkingen via apotheekhoudende huisartsen, vaccinatiecentra, GGD'en en intramurale verstrekkingen wordt geen centrale registratie

bijgehouden. Daarom zijn hierover op landelijk niveau geen gegevens bekend.



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)

NB SFK beschikt alleen over gegevens van Nederlandse openbaar apotheken. Verstrekkingen via apotheekhoudende huisartsen, vaccinatiecentra, GGD'en en intramurale verstrekkingen zijn hierin niet meegenomen.

Vraag 388

Zijn er resultaten bekend van de Taskforce Rookvrije Start? Hoeveel geld gaat er naar het Taskforce Rookvrije Start?

Antwoord:

De Taskforce Rookvrije Start (een initiatief van 9 beroepsverenigingen, in samenwerking met het Trimbos-instituut, ZonMw, College Perinatale Zorg en VWS) wil bereiken dat meer (aanstaande) ouders stoppen met roken vóór, tijdens en na de zwangerschap. Daartoe agendeert zij het thema binnen en buiten de beroepsgroepen en maakt afspraken over multidisciplinaire zorg rond stoppen met roken. Sinds het aantreden van de Taskforce zijn er meer dan 200 ambassadeurs geworven, hebben de beroepsverenigingen een standpunt ten aanzien van stoppen met roken geformuleerd, is een richtlijn stoppen met roken zorg bij zwangeren opgesteld, een e-learningmodule rookvrije start ontwikkeld voor alle zorgprofessionals en een conferentie voor ambassadeurs georganiseerd. Er gaan geen middelen rechtstreeks naar de Taskforce. VWS ondersteunt de Taskforce met een publiekscampagne Rookvrije Start, met ondersteunende communicatie, een prevalentie-monitor en met bovengenoemde materialen. Sinds 2016 is hier een bedrag van € 2,6 miljoen mee gemoeid. In 2019 wordt gemeten of de inspanningen van de Taskforce tot een daling van het roken onder (aanstaande) ouders heeft geleid.

Vraag 389

Wat zijn de ambities rondom tabaksontmoediging in 2018 en hoe wordt er samengewerkt met bedrijven en organisaties?

Antwoord:

De afgelopen kabinetsperiode zijn verschillende maatregelen in gang gezet die navoring zullen krijgen. Zo worden de AMvB en de ministeriële regeling van het uitstalverbod op basis van de internetconsultatie nader verkend. Ook wordt naar aanleiding van het amendement Dik Faber, dat stelt dat vanaf 2020 alle schoolterreinen rookvrij moeten zijn, nadere regelgeving uitgewerkt in een AMvB. Tevens zal de ondersteuning aan de Taskforce Rookvrije Start verder worden voortgezet. Het beleid zal worden ondersteund door voorlichting en communicatie. De nadere invulling van het tabaksontmoedigingsbeleid is natuurlijk aan mijn opvolger.

VWS werkt daarbij samen met partijen en organisaties die haar beleid ondersteunen en is daarbij actief op zoek naar de verbinding. Het over en weer kunnen leren van elkaar, het ondersteunen van zorgverleners en het uitwisselen van best practices staat hierbij centraal. Contact dan wel samenwerking met de tabaksindustrie is niet aan de orde.

Vraag 390

Welke plannen zijn er voor campagnes op het gebied van tabaksontmoediging voor 2018, bijvoorbeeld in het kader van Rookvrije Start?

Antwoord:

In 2017 is de campagne «Een Rookvrije Start voor alle kinderen» uitgevoerd. Deze campagne is nieuw en heeft als doel de omgeving van zwangeren te stimuleren om niet in haar buurt te roken, zodat zwangeren niet verleid worden te gaan roken. Deze campagne heeft effect gehad op mensen met een lage sociaaleconomische status; een groep waar ook het meest wordt gerookt. Of de campagne wordt voortgezet, laat ik aan mijn opvolger. De campagne NIX 18 – niet roken en niet drinken voor je 18^e – wordt de komende jaren gecontinueerd.

Vraag 391

Hoeveel draagt de overheid in 2018 bij aan de ondersteuning van de Taskforce Rookvrije Start?

Antwoord:

VWS ondersteunt de Taskforce Rookvrije Start met een publiekscampagne Rookvrije Start, met ondersteunende communicatie, een prevalentie-monitor en met ondersteunende materialen zoals een richtlijn en een e-learning. In 2016, 2017 en 2018 is/wordt hier een bedrag van € 2,6 miljoen aan uitgegeven. Er gaan geen middelen rechtstreeks naar de Taskforce. Zie verder het antwoord op vraag 388.

Vraag 392

In de begroting wordt in de paragraaf Gezond gewicht en gezonde leefstijl met name aandacht gegeven aan activiteiten gericht op jongeren. Voert de overheid wat betreft gezonde leefstijl en gezond gewicht ook specifiek beleid gericht op ouderen? Welk deel van het begrote bedrag wordt gebruikt voor activiteiten gericht op ouderen?

Antwoord:

De activiteiten die volgen uit de begroting Gezond gewicht en gezonde leefstijl zijn gericht op de jeugd en de domeinen waar de jeugd actief is. Voorbeelden hiervan zijn onderwijs, kinderopvang, de wijk en sportverenigingen. Hoewel specifiek gericht op deze domeinen vanwege de aanwezige jeugd, zullen volwassenen en ouderen hier van mee (kunnen) profiteren, denk aan gezondere kantines, openbare watertappunten en de inzet van Jongeren Op Gezond Gewicht op een gezonde werkvloer. Binnen deze paragraaf zijn geen middelen gealloceerd voor activiteiten specifiek gericht op ouderen. Dit vloeit enerzijds voort uit het feit dat deze middelen grotendeels zijn voortgekomen uit het begrotingsakkoord 2013 (TK 31 899, nr. 21), en anderzijds vanwege het feit dat het voorkomen van overgewicht het meest kansrijk is bij de jeugd.

Vraag 393

Wanneer verwacht u het advies van de Gezondheidsraad inzake vergoeding van de hiv-preventiepill PrEP?

Antwoord:

Conform de planning van de Gezondheidsraad verwacht ik dat in het eerste kwartaal van 2018.

Vraag 394

Stijgt of daalt het aantal medische heroïnebehandelingen en waarom?

Antwoord:

Het aantal opiaatverslaafden neemt sinds 2000 gestaag af. Patiënten stoppen met deze behandeling en er is nauwelijks instroom van nieuwe patiënten.

Vraag 395

Hoe zijn de middelen ten behoeve van het bevorderen van seksuele gezondheid precies verdeeld?

Antwoord:

Het grootste deel van de middelen is bestemd voor de Centra seksuele gezondheid bij GGD-en voor de financiering van soa-onderzoek en aanvullende seksuele gezondheidszorg en coördinatie (€ 34,4 miljoen) (zie ook antwoord op vraag 384). Verder is voor kennisondersteuning € 15,4 miljoen beschikbaar. Deze middelen worden ingezet via subsidiëring van de volgende instituten/onderwerpen:

- Stg HIV Monitoring € 3,7 miljoen;
- Stg Werkgroep Antibioticabeleid € 0,4 miljoen;
- Hiv Vereniging Nederland € 0,2 miljoen;
- Soa Aids Nederland € 3,3 miljoen;
- Stg Rutgers WPF € 2,1 miljoen;
- KNCV Tuberculosefonds € 0,6 miljoen;
- Stg Ambulante Fiom € 2,2 miljoen;
- Stg SIRIZ € 1,5 miljoen (deze middelen zijn opgenomen in artikel 3 Langdurige zorg en ondersteuning);
- Versterking preventie ongewenste zwangerschappen € 1,0 miljoen (Amendement Voortman);
- Ontwikkeling richtlijnen infectiepreventie € 0,4 miljoen.

Vraag 396

Hoeveel middelen gaan er structureel naar Fiom?

Antwoord:

Het structureel beschikbare budget voor Fiom bedraagt € 2,2 miljoen. Hiervan is in 2018 € 1,7 miljoen bestemd voor «verwantschapsvragen» en € 0,5 miljoen voor «ongewenste zwangerschappen». Verder is in 2018 € 0,5 miljoen incidenteel beschikbaar voor de «versterking preventie ongewenste zwangerschappen» (Amendement Voortman).

Vraag 397

Hoeveel middelen krijgt de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) om neutrale keuzehulp bij abortus te bieden?

Antwoord:

Geen. De GGD-en hebben zelf een landelijk dekkend netwerk hiervoor ingericht.

Vraag 398

Hoeveel behandelingen op de spoedeisende hulpbehandelingen in ziekenhuizen zijn een gevolg van sportblessures? Kunt u deze cijfers voor de afgelopen zeven jaar geven?

Antwoord:

Gedurende de jaren 2010, 2011 en 2012 was het totaal aantal behandelde sportblessures nagenoeg stabiel op bijna 160.000 per jaar. De daaropvolgende jaren is het afgenomen tot respectievelijk 130.000 in 2013, 140.000

in 2014 en 130.000 in 2015. In 2016 werden 121.000 sporters behandeld op de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) afdelingen van ziekenhuizen.

Vraag 399

Is deze 3 miljoen euro ontvangsten als gevolg van in eerdere jaren te hoog verstrekte subsidievoorschotten nog te begroten voor andere doeleinden?

Antwoord:

De € 3 miljoen betreft de raming van de te verwachten ontvangsten op artikel 1 Volksgezondheid als gevolg van in eerdere jaren te hoog verstrekte subsidievoorschotten. Deze ontvangsten zijn al ingezet voor de dekking van de uitgaven op dit artikel en zijn derhalve niet nog te begroten voor andere doeleinden.

Vraag 400

Waarom wordt het opzetten van een gezamenlijk inkoopplatform voor geneesmiddelen alleen gestimuleerd en niet gefinancierd? Waaruit bestaat die stimulatie en wie draait op voor de financiering?

Antwoord:

Uw Kamer is op 20 september 2017 geïnformeerd over de instelling van het Platform Inkoopkracht Dure Geneesmiddelen (TK 2017–23018, 29 477, nr. 441). Het Platform heeft als doel de inkoop van geneesmiddelen in het huidige zorgsysteem te optimaliseren. Het Platform zal niet zelf geneesmiddelen gaan inkopen. Gezamenlijke inkoop van geneesmiddelen is één van de instrumenten die kan bijdragen aan de optimalisatie van de inkoop. Er zijn ook andere zaken die invloed hebben op de inkoopkracht, zoals vertrouwen tussen spelers, diversiteit in de aanpak van de inkoop van dure geneesmiddelen, omgang met inkoopvoordelen en slagkracht. Deze thema's zullen in het Platform besproken en aangepakt worden ten einde de inkoop van dure geneesmiddelen verder te optimaliseren. Vanwege de nauwe relatie met de inkoop, kan het Platform zich ook bezig houden met gepast gebruik van (dure) geneesmiddelen. Het Platform zal, naast de voorzitter, bestaan uit sleutelfiguren op het gebied van de inkoop van dure geneesmiddelen en gepast gebruik. VWS vergoedt de kosten van de voorzitter van het Platform en faciliteert de bijeenkomsten van het Platform (o.a. secretariaat en operationele kosten).

Vraag 401

Hoe worden de eigen bereidingsfaciliteiten in apotheken op peil gehouden en waar nodig uitgebreid?

Antwoord:

Het is aan de apothekers en ziekenhuisapothekers zelf om hun bereidingsfaciliteiten op peil te houden en daar waar nodig uit te breiden.

Vraag 402

Hoeveel ziekenhuizen in Nederland zijn bezig met het concentreren of afstoten van afdelingen en/of specialismen? Welke ziekenhuizen zijn dit en welke afdelingen of specialismen betreft het?

Antwoord:

Ik heb hier geen volledig overzicht van. De organisatie van de zorg in de regio is primair de verantwoordelijkheid van de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik heb hierover het afgelopen jaar diverse sets Kamervragen beantwoord, waarnaar ik voor nadere informatie verwijs.

Vraag 403

Hoeveel en welke ziekenhuisfusies hebben plaatsgevonden de afgelopen 10 jaar en welke fusies staan op de planning en bij welke ziekenhuizen?

Antwoord:

In het kader van het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet dienen voorgenomen fusies tussen ziekenhuizen, mits goedkeuring is verleend in het kader van de zorgspecifieke fusietoets, te worden gemeld bij de Autoriteit Consument en Markt (ACM). De ACM heeft mij laten weten dat zij in de periode tussen 2008 en 9 oktober 2017 voor 27 voorgenomen ziekenhuisfusies goedkeuring heeft verleend. Dit betreffen:

- Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen
- Lucas Ziekenhuis – Delfzicht Ziekenhuis
- Stichting Zorggroep Noorderbreedte – Stichting Ziekenhuis De Tjongerschans
- Coöperatie Vlietland – Vlietland Ziekenhuis
- Orbis Medisch Centrum – Medisch Centrum Atrium
- Stichting Tweesteden Ziekenhuis – Stichting St. Elisabeth Ziekenhuis
- St. Lucas Andreas – OLVG
- Stichting Spaarne ziekenhuis – Stichting Kennemer Gasthuis
- Vlietland ziekenhuis – St Fransiscus Gasthuis
- Ny Smellinghe – Sionsberg
- Zorggroep Leveste Middenveld – Ziekenhuis Refaja
- HagaZiekenhuis – Reinier de Graaf Groep
- Lievensberg Ziekenhuis – Franciscus Ziekenhuis
- Bronovo-Nebo – Medisch Centrum Haaglanden
- Sint Antonius Ziekenhuis – Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
- Kwadrant – Zorggroep Antonius – Nij Smellinghe/Pasana
- Rijnland Zorggroep – Diaconessenhuis Leiden
- Stichting Holding Isala Klinieken – Stichting Zorgcombinatie Noorderboog
- Reinier Haga Groep – Lange Land Ziekenhuis
- Universitair Medisch Centrum Groningen – De Ommelander Ziekenhuis Groep
- Westfriesgasthuis – Waterland Ziekenhuis
- Slingelandziekenhuis – Beatrixziekenhuis
- AMC – VUmc
- Erasmus MC – ADRZ
- Stichting Antonius Ziekenhuis – Maartenskliniek Woerden
- Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische ziekten – Stichting Sint Franciscus Vlietland Groep
- Stichting IJsselland Ziekenhuis – Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische ziekten.

Daarnaast heeft de ACM mij laten weten dat Stichting Catharina ziekenhuis en Stichting St. Anna Zorggroep bij haar om toestemming voor een fusie hebben gevraagd. Deze procedure loopt nog.

Vraag 404

Wat zijn de meest recente cijfers over babysterfte in Nederland?

Antwoord:

De perinatale sterfte (vanaf 22 weken zwangerschapsduur t/m 7 dagen na de geboorte) is 7,3 per 1.000 baby's in 2015.

Vraag 405

Zijn er ten opzichte van andere jaren wijzigingen in de aanrijtijd van ambulances bij acute problematiek of bij zwangerschap bij vrouwen?

Antwoord:

In 2016 was de ambulance bij 93,4% van de A1-spoedritten binnen vijftien minuten na aanname van de melding bij de patiënt aanwezig. Dat percentage is gelijk aan dat in 2015 en dat in 2014.

Dit volgt uit het Sectorkompas van brancheorganisatie Ambulancezorg Nederland met gegevens over ambulancezorg in 2016 en uit Ambulances in zicht 2015 en Ambulances in zicht 2014.

De aanrijdtijden van ambulances met zwangere patiënten worden niet afzonderlijk geregistreerd. Daarover kan ik u dus niets melden.

Vraag 406

Hoeveel klinische verloskunde afdelingen zijn de afgelopen 10 jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord:

Aangezien de bereikbaarheid en beschikbaarheid van afdelingen voor acute verloskunde sinds 2015 door het RIVM in kaart wordt gebracht in de zogenaamde «analyses gevoelige ziekenhuizen», kan ik de vraag alleen ingaan op de ontwikkelingen sinds 2015.

In het RIVM-rapport uit 2015 wordt gesproken over 87 locaties waar 24/7 acute verloskunde werd aangeboden en één locatie waar van 8 tot 23 uur acute verloskunde werd aangeboden (zie bijlage bij TK 2014–2015, 29 247, nr. 211).

In het rapport uit 2016 (Bijlage bij TK 2015–2016, 34 300 XVI nr.158) worden de volgende ontwikkelingen genoemd:

- in 2015 is, na een fusie van de ziekenhuizen in Bergen op Zoom en Roosendaal, de acute verloskunde geconcentreerd in Bergen op Zoom (en dus gesloten in Roosendaal);
- de acute verloskunde van Ziekenhuisgroep Twente is geconcentreerd in Almelo (gesloten op locatie Hengelo);
- het Slotervaart ziekenhuis in Amsterdam biedt geen acute verloskunde meer aan;
- in Den Haag is de acute verloskunde van het HagaZiekenhuis verplaatst van de locatie Sportlaan naar de locatie Leyweg.

Binnenkort brengt het RIVM wederom een «analyse gevoelige ziekenhuizen» uit met daarin onder meer informatie over het aantal afdelingen voor acute verloskunde dat sindsdien is gesloten. Voor zover mij bekend zijn dit de afdelingen acute verloskunde van het Alrijne Ziekenhuis in Leiden en het Zuyderland in Sittard-Geleen. Zoals ik in mijn antwoord op vraag 31 heb aangegeven zal mijn ambtsopvolger dit rapport naar de Tweede Kamer sturen.

Vraag 407

Hoeveel Verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) werken er momenteel met een integrale bekostiging?

Antwoord:

In 2017 maken 6 regio's gebruik van de beleidsregel integrale geboortezorg.

Vraag 408

Hoeveel vrouwen kiezen voor een geboorte in het ziekenhuis om geen eigen bijdrage hoeven te betalen?

Antwoord:

Indien er een medische indicatie is, betaalt een zwangere bij een bevalling in het ziekenhuis geen eigen bijdrage. Dit is niet de keuze van de zwangere.

Vraag 409

Hoeveel poliklinieken bestaan thans waar zorg wordt verleend die een eerstelijns karakter heeft («pretpoli's»). Wat is het verschil met 2016?

Antwoord:

Er zijn geen aparte DBC's voor zorg van «pretpoli's». Inzicht in aard en omvang van de geleverde zorg door «pretpoli's» ontbreekt derhalve.

Vraag 410

Wat zijn de totale kosten van pretpoli's en hoeveel kan worden bespaard wanneer deze zorg wordt verplaatst naar de eerste lijn?

Antwoord:

Er zijn geen aparte DBC's voor zorg van «pretpoli's» en de kosten ervan zijn dus niet in te schatten.

Vraag 411

Is het aantal spoedeisende hulpposten (SEH's) in 2017 gewijzigd ten opzichte van 2016? Zo ja, wat is het verschil?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 31.

Vraag 412

Hoeveel spoedeisende hulpposten zijn afgelopen jaren gesloten en welke sluitingen in welke ziekenhuizen staan op de planning?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 31. Ik heb geen volledig overzicht van aanstaande sluitingen van SEH's, maar voor zover mij bekend is besloten de SEH's van het Havenziekenhuis in Rotterdam en het Zuwe Hofpoort Ziekenhuis in Woerden te sluiten.

Vraag 413

Hoeveel patiëntenstops hebben welke ziekenhuizen dit jaar afgekondigd?

Antwoord:

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in de Marktscan acute zorg, die ik u recent heb toegestuurd (bijlage bij TK 2016–2017, 29 247, nr. 236), aandacht besteed aan de patiëntenstops op afdelingen voor spoedeisende hulp in ziekenhuizen in de jaren 2014–2016; de gegevens uit 2017 zijn nog niet bekend.

Vraag 414

Hoe hoog is de overhead in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Voor de hoogte van de overhead verwijs ik u naar mijn antwoorden bij de VWS begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11). Ik heb geen informatie over mogelijke bezuinigingen op overheadkosten. Dat is aan de ziekenhuizen zelf.

Vraag 415

Hoe hoog is de bureaucratie in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 151.

Vraag 416

Hoe hoog is de verspilling in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Voor dit antwoord op deze vraag verwijst ik u naar mijn brief van 29 november 2016 (TK 33 654, nr. 22) over de duiding van de effectiviteit van de ingezette financiële middelen van het programma Aanpak verspilling in de zorg, alsmede inzicht in de besparingsagenda.

Vraag 417

Wat is de ontwikkeling van het aantal patiënten dat in het ziekenhuis wordt behandeld voor de jaren van 2006 tot en met 2017?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 418.

Vraag 418

Wat is de ontwikkeling van de kosten per behandelde patiënt in ziekenhuizen voor de jaren van 2006 tot en met 2017?

Antwoord:

Omdat er geen registratie plaatsvindt van kosten per behandelde patiënt, is de vraag alleen bij benadering te beantwoorden.

De Zvw-uitgaven voor tweedelijnszorg stegen in de periode 2006–2017 van € 15,3 miljard naar € 22,9 miljard. Laatstgenoemd bedrag is exclusief de uitgaven voor geriatrische revalidatiezorg die vanaf 2013 onder de Zvw vallen, maar inclusief de uitgaven aan overige curatieve zorg (o.a. eerstelijnsdiagnostiek, trombosediensten).

Om een inschatting te maken van het aantal behandelde patiënten, is het percentage van het aantal verzekerden dat gebruik maakt van tweedelijnszorg (bron: www.10jaarzvw.nl en Zorginstituut Nederland) afgezet tegen het aantal verzekerden (volgens opgave van het Zorginstituut Nederland).

Op basis van deze gegevens kan de volgende ontwikkeling worden geschetst:

Jaar	Aantal verzekerden	Percentage van aantal verzekerden dat gebruik maakt van MSZ-zorg	Uitgaven tweedelijnszorg x € 1 miljoen	Uitgaven tweedelijnszorg per patiënt x € 1
A	B	C	D	$E=D/(B*C) \times 1 \text{ mln.}$
2006	16.232.048	49,5%	15.311,3	1.906
2007	16.320.748	53,5%	15.376,7	1.761
2008	16.371.627	57,0%	16.820,4	1.802
2009	16.444.969	57,9%	18.240,0	1.916
2010	16.519.089	58,5%	19.252,6	1.992
2011	16.615.239	59,5%	19.314,1	1.954
2012	16.694.574	59,1%	20.728,9	2.101
2013	16.751.863	57,7%	21.852,4	2.261
2014	16.793.515	57,8%	21.800,6	2.246
2015	16.855.609	57,5%	21.291,5	2.197
2016	16.936.959	56,7%	22.703,2	2.364
2017	17.010.978		22.930,8	

Vraag 419

Hoeveel ziekenhuizen in Nederland zijn financieel niet gezond?

Antwoord:

De NZa heeft in haar marktscan medisch specialistische zorg 2016 (de meest recente marktscan, TK 29 248, nr. 353) gekeken naar de financiële positie van ziekenhuizen voor de periode 2012–2015. De NZa constateert dat de gemiddelde financiële positie van de zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg in deze periode is verbeterd. Tegelijkertijd constateert de NZa dat er ziekenhuizen zijn die er financieel minder goed voor staan. Zo zijn er 25 ziekenhuizen die niet voldoen aan de gangbare norm voor solvabiliteit van 20%.

Vraag 420

Hoeveel ziekenhuizen hebben wachtlijsten boven de Treeknorm?

Antwoord:

De NZa heeft in het verdiepend rapport wachttijden in de medisch-specialistische zorg (TK 29 248, nr. 203) gerapporteerd over de wachtlijsten in de medisch-specialistische zorg. Dat rapport gaat ook in op de vraag bij welk specialisme en regio de wachttijd boven de Treeknorm is. Voor patiënten is ook vooral de wachttijd per specialisme van belang. Voor meer informatie over wachttijden in de medisch-specialistische zorg, achtergronden daarbij en de aanpak daarvan verwijs ik naar het NZa-actieplan wachttijden in de zorg en de NZa-marktscan medisch-specialistische zorg 2016 (TK 29 248, nr. 353).

Vraag 421

Hoeveel eerstelijns bedden zijn er in 2016 en 2017 bijgekomen?

Antwoord:

Het totale budget 2017 van € 312,6 miljoen (zie p. 229 van de begroting) geeft ruimte aan ruim 3900 plaatsen. Dit zijn ongeveer 600 plaatsen meer dan in 2016.

Vraag 422

Hoe hoog is de overhead gemiddeld in ziekenhuizen hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 414.

Vraag 423

Hoe hoog is de bureaucratie in ziekenhuizen en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 151.

Vraag 424

Waarom wordt nu besloten tot een tolkenvoorziening voor statushouders terwijl er een daling van de instroom wordt verwacht? Hoe verhoudt dit zich tot het streven om snel Nederlands te leren?

Antwoord:

Na de grote piek van instroom in 2015 is inderdaad sprake van een verminderde instroom van asielzoekers naar Nederland. De tolkenvoorziening richt zich echter niet op degenen die in de asielopvang instromen maar op de periode daarna wanneer statushouders naar gemeenten (en dus ook naar de reguliere zorg) verhuizen. Om de prikkel er in te houden dat nieuwe statushouders Nederlands gaan leren is de tolkenvoorziening in tijd begrensd tot een periode van maximaal 6 maanden.

Vraag 425

Waarom is de tolkenvoorziening voor statushouders beschikbaar voor een periode van zes maanden vanaf het moment dat zij zich inschrijven bij de huisarts, terwijl voor het inburgeringstraject drie jaar staat en zij dus pas na deze periode geacht worden de Nederlandse taal voldoende te beheersen om zelfredzaam te kunnen zijn? Heeft u over deze periode van zes maanden overleg gehad met de Minister die integratie zijn portefeuille heeft? Zijn de huisartsen, die momenteel extra worden belast, met deze voorziening voldoende geholpen?

Antwoord:

Er is geen relatie tussen het inburgeringstraject en de periode van 6 maanden voor de tolkenvoorziening voor huisartsen. Met de tolkenvoorziening voor huisartsen wordt beoogd om in geval van taalproblemen een goede start tussen huisarts en statushouder mogelijk te maken maar tevens om de prikkel te laten bestaan om de Nederlandse taal te leren. Er heeft op ambtelijk niveau overleg plaatsgevonden met het Ministerie van SZW waar integratie onder valt. Er zijn daarbij geen specifieke afspraken gemaakt over de periode van 6 maanden. Ik heb geen aanwijzingen dat deze voorziening huisartsen onvoldoende helpt. Zie ook het antwoord op vraag 448.

Vraag 426

Hoeveel kunnen ziekenhuizen besparen als ze beter onderhandelen over de inkoop van hulpmiddelen?

Antwoord:

Ik heb op dit moment geen informatie hierover. Evenals ik in het antwoord op vraag 45 heb aangegeven, wil ik daar wel meer over weten, gelet op het belang van de betaalbaarheid van de zorg. Ik zal deze vraag meenemen in één van de studies op het terrein van medische technologie die ik eerder heb aangekondigd in het antwoord op vraag 45.

Vraag 427

In maart 2017 is de subsidieregeling «medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden» van kracht geworden. Hoe is het gebruik van de regeling tot nu toe? Ondersteunt de regeling zoals beoogd het werkprogramma van het Schakelteam voor mensen met verward gedrag?

Antwoord:

De regeling ondersteunt het werkprogramma van het Schakelteam voor mensen met verward gedrag. De regeling is pas een half jaar in gebruik. Het gebruik van de regeling blijft echter achter bij de verwachtingen. Dat kan te maken hebben met de korte termijn waarop de regeling van kracht is en de gewenning van de werkwijze, de meldingstermijn, vertragingen en onvolkomenheden bij de gegevensverstrekking. Ook is er langere doorlooptijd looptijd van dbc-declaraties.

De realisatiecijfers t/m 9 september zijn als volgt:

- Aantal meldingen: 1.291
- Aantal subsidieaanvragen: 262, waarvan
 - aantal nog te beoordelen declaraties: 180
- Aantal betalingen: 7

Vraag 428

Wat is het totaal aan subsidies dat wordt uitgetrokken voor de aanpak van «verwarde personen»? Graag een overzicht en een uitsplitsing naar patiëntengroep: verslaving, psychiatrie en dementie.

Antwoord:

Voor een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag wordt een samenhangend pakket aan maatregelen genomen waarvoor vanaf 2017 jaarlijks € 30 miljoen beschikbaar is gesteld. Voor de subsidieregeling voor onverzekerden is vanaf 2017 € 12 miljoen beschikbaar. Tevens is er op de begroting vanaf 2017 jaarlijks € 2 miljoen beschikbaar voor onder andere de voortzetting van de activiteiten van het aanjaagteam personen met verward gedrag. Daarnaast is er voor de periode 2017–2021 in totaal een bedrag van € 48 miljoen beschikbaar voor een meerjarig ZonMw-programma om projecten en initiatieven te faciliteren die bijdragen aan het realiseren van een regionale sluitende aanpak voor personen met verward gedrag. Voor het vervoer van personen met verward gedrag door regionale ambulancevoorzieningen is jaarlijks € 6 miljoen beschikbaar gesteld. De middelen hiervoor zijn opgenomen bij de premie-uitgaven aan ambulancezorg welke worden toegelicht in het Financieel Beeld Zorg. In overleg met Ambulancezorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland is ervoor gekozen vanaf 2018 tijdelijk een deel van deze middelen via het bovengenoemde ZonMw-programma beschikbaar te stellen voor pilots met vervoer van personen met verward gedrag door regionale ambulancevoorzieningen. Het gaat om € 4 miljoen in 2018, € 3,5 miljoen in 2019, € 3 miljoen in 2020 en € 1,5 miljoen in 2021.

Deze extra middelen zijn beschikbaar voor de brede groep van personen met verward gedrag en niet uitgesplitst naar doelgroepen daarbinnen.

Vraag 429

Hoeveel verwarde personen zijn er nu op straat?

Antwoord:

Het aanjaagteam personen met verward gedrag heeft destijds onderzoek uitgezet naar aard en omvang van de problematiek. Zij concludeert in de eerste tussenrapportage uit januari 2016 dat er trends te zien zijn die wijzen op een toename van mensen met verward gedrag, zoals de toename van het aantal meldingen overlast door personen met verward gedrag door de politie, maar dat er geen volledig beeld beschikbaar is van de omvang van de problematiek. We weten dus niet of er sprake is van een toename en hoeveel personen met verward er nu op straat zijn. Dit komt onder andere omdat beschikbare studies vaak niet representatief zijn (te klein of op specifieke regio's/steden), verschillende definities voor verwardheid gebruikt worden, de registratiesystemen bij politie, GGZ en gemeenten tekortkomingen kennen, de cijfers en trends mogelijk beïnvloed zijn door politieke en maatschappelijke tendensen. Om dit beeld wel te krijgen zou meerjarig landelijk onderzoek gestart moeten worden. Zowel het aanjaagteam als de betrokken wetenschappers twifelen aan de meerwaarde van een dergelijk onderzoek. De landelijke omvang zegt immers niets over de ernst van de situatie en de behoefte aan zorg en ondersteuning van de personen met verward gedrag.

Vraag 430

Kunt u uitsplitsen hoe e-health in de ggz wordt gebruikt?

Antwoord:

Voor meer informatie over de stand van zaken van e-health in de ggz verwijs ik u naar de e-healthmonitor 2016: https://www.ehealth-monitor.nl/download/Onderzoeksrapport_eHealth-monitor_2016.pdf In deze monitor is onder meer informatie opgenomen over het gebruik van online toepassingen (6.3, pagina 95 en verder).

Vraag 431

Hoeveel orgaandonors zijn er afgelopen jaar bij of afgekomen?

Antwoord:

Van januari tot oktober 2017 is het aantal «ja» registraties (al dan niet met donatiebeperking) met 23.967 toegenomen.

Vraag 432

Welke eisen worden er gesteld aan de besteding van het bedrag van 105 miljoen euro dat door met Ministerie van VWS beschikbaar wordt gesteld aan ziekenhuizen en andere instellingen voor medisch-specialistische zorg om hen in staat te stellen hun ICT-infrastructuur patiëntgericht te maken en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling mogelijk te maken? Welke resultaten mogen op basis van dit bedrag worden verwacht?

Antwoord:

Zorginstellingen voor medisch specialistische zorg, zoals algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en dialysecentra, kunnen een bijdrage ontvangen om de informatie-infrastructuur van patiëntengegevens op orde te brengen en de gegevens beschikbaar te stellen aan patiënten. De eisen die gesteld worden aan de besteding van het bedrag van € 105 miljoen zijn vastgelegd in de subsidiekaders die hiervoor zijn opgesteld. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat zij daadwerkelijk resultaat halen: dat vanaf 2018 alle patiënten van de instelling hun medische gegevens kunnen downloaden en dat dit per 2020 ook gestandaardiseerd gebeurt. Dit betreft de Basisgegevensset Zorg, ontslagbrieven, laboratoriumuitslagen, radiologieverslagen en de gebruikte implantaten. Ook moeten de digitale processen rond het uitwisselen van medicatie-informatie op orde zijn. Dit betreft in 2018 de verstrekingsinformatie en in 2020 ook het digitaal aanbieden van medicatie-informatie. Andere eisen die gelden zijn dat meer dan 10% van de patiënten daadwerkelijk elektronisch in zijn dossier kijkt en dat dit veilig gebeurt.

Vraag 433

Welke doelen worden precies onderzocht in het programma «Gender en Gezondheid»?

Antwoord:

Het programma is gebaseerd op de publicaties «Kennisagenda Gender en Gezondheid» en «Prioritering Kennislacunes Gender en Gezondheid», van ZonMW (<https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/diversiteit/programmas/programma-detail/gender-en-gezondheid/>) Belangrijk doel van de genoemde kennisagenda is om reeds bestaande kennis over genderverschillen (sneller) naar de praktijk en opleidingen te brengen. Voorts moet de bestaande kennisachterstand door nieuwe kennisontwikkeling worden ingelopen. Het programma zet daarbij in op «quick wins», die vooral op het terrein van kennisverzameling en -toepassing liggen, en op langer lopende onderzoekstrajecten voor kennisontwikkeling.

Vraag 434

Er is een kwaliteitsslag in de wijkverpleging nodig. Hoe zal deze kwaliteitsslag uitgevoerd worden?

Antwoord:

Partijen richten zich met een ontwikkelagenda op versterking van het gestandaardiseerd werken, de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden, dataverzameling en het verminderen van ongewenste praktijkvariatie. VWS stelt hier geld voor beschikbaar. Maatschappelijke impact van de wijkverpleegkundige zorg wordt aangetoond door te laten zien hoe wijkverpleging bijdraagt aan doelmatigheid van zorg en kwaliteit van leven van cliënten ten einde de zelfred-

zaamheid en eigen regie zoveel als mogelijk te behouden en zolang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen wonen. Inmiddels is gestart met de uitvoering van deze ontwikkelagenda. Ook is Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) bezig met een toolbox om hulpmiddelen te ontwikkelen voor bij de verpleegkundige indicatiestelling.

Vraag 435

Hoeveel wijkverpleegkundige zijn er onder Rutte II ontslagen?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers over het aantal wijkverpleegkundigen dat tussen november 2012 en nu is ontslagen.

Vraag 436

Hoe groot is het tekort aan wijkverpleegkundigen?

Antwoord:

In 2015 werd het tekort geschat op ongeveer 250. Uit het onderzoek «Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen» (TK 2015–2016, 34 104, nr. 83) blijkt dat zonder extra inspanningen een tekort *dreigt* tussen de 750 en 2200 wijkverpleegkundigen in 2019. Inmiddels is bekend dat de instroom in de opleiding hbo-verpleegkunde veel meer is toegenomen dan in dit onderzoek verwacht.

Vraag 437

Hoeveel mensen maken gebruik van wijkverpleging?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 114.

Vraag 438

Wanneer is de richtlijn wijkverpleging voorzien? Hoe wordt in de gaten gehouden wat de mogelijke budgettaire consequenties van de richtlijn zijn?

Antwoord:

Ik ga ervan uit dat u doelt op het richtlijnentraject dat op dit moment via ZonMw loopt. Hierin wordt gewerkt aan kwaliteitsstandaarden voor allerlei thema's die in de wijkverpleging spelen, bijvoorbeeld een kwaliteitsstandaard over overbelaste mantelzorg en over verstoord slaap-waakritme. In de ontwikkelagenda wijkverpleging (bijlage bij het Bestuurlijk akkoord wijkverpleging, TK 2016–2017, 29 689, nr. 835) is afgesproken dat in 2018 extra kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld om het vak verder te kunnen onderbouwen. Ook na 2018 wordt hiermee verder gegaan. Of en zo ja welke budgettaire consequenties hiermee gemoeid zijn wordt onder andere door de NZa in de gaten gehouden.

Vraag 439

Kunt u aangeven op welk deel van de kwaliteitsgelden wijkverpleging wordt ingezet voor het versterken van specialistische wijkverpleging, zoals casemanagement dementie

Antwoord:

Zie het antwoord vraag 443.

Vraag 440

Kunt u aangeven op welk deel van de kwaliteitsgelden wijkverpleging wordt ingezet voor het versterken van specialistische wijkverpleging, zoals casemanagement dementie?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 443.

Vraag 441

Welke van de kwaliteitsgelden wijkverpleging wordt ingezet voor het versterken van specialistische wijkverpleging, zoals casemanagement dementie?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 443.

Vraag 442

Hoeveel mensen hebben de afgelopen 5 jaar gebruik gemaakt van de Familievertrouwenspersonen in de ggz?

Antwoord:
Volgens opgave van de Landelijke stichting familievertrouwenspersonen hebben in de periode 2012–2016 in totaal ongeveer 9000 mensen een beroep gedaan op een familievertrouwenspersoon. Bij elk beroep kunnen overigens meerdere familieleden of naasten betrokken zijn.

Vraag 443

Kunt u aangeven op welk deel van de kwaliteitsgelden wijkverpleging wordt ingezet voor het versterken van specialistische wijkverpleging, zoals casemanagement dementie en palliatieve terminale zorg?

Antwoord:
Voor de uitvoering van de ontwikkelagenda is in 2017 € 0,6 miljoen en in 2018 € 1,6 miljoen beschikbaar bovenop de € 1 miljoen die nu al voor richtlijnen via ZonMw loopt. Van deze kwaliteitsgelden is niet een specifiek deel geormerkt voor specialistische wijkverpleging, zoals casemanagement dementie of palliatieve terminale zorg. De voorgenomen versterking van het gestandaardiseerd werken, de ontwikkeling van richtlijnen en het verminderen van ongewenste praktijkvariatie – zoals afgesproken in het bestuurlijk akkoord wijkverpleging – is ook op specialistische wijkverpleging van toepassing.

Daarnaast zijn er ook onderzoeksprogramma's die zich specifiek richten op specialistische groepen, zoals het programma Memorabel voor dementiezorg en Palliantie voor palliatieve zorg. Voor het onderzoeksprogramma Memorabel is in de tweede fase – van 2017 tot 2020 – opnieuw € 32 miljoen beschikbaar. Voor het onderzoeksprogramma Palliantie is in de periode van 2014 tot en met 2020 per jaar € 8 miljoen beschikbaar tot een totaal van € 51 miljoen. In beide programma's is ruimte voor onderzoek naar de kwaliteit van zorg bij deze specialistische groepen.

Vraag 444

Welke projecten worden er gestart binnen het programma Suïcidepreventie?

Antwoord:
Het Ministerie van VWS verleent 113Zelfmoordpreventie (verder te noemen 113) sinds 2012 een instellingssubsidie. Deze subsidie is zowel gericht op het verlenen van acute anonieme hulp als het geven van voorlichting, het bijdragen aan bewustwording, advisering op het terrein van suïcidepreventie en een gedegen monitoring van de uitkomsten van de geboden hulp. In 2018 is € 3,6 miljoen beschikbaar voor 113. Daarnaast ontvangt 113 een subsidie (in 2018 0,4 miljoen) voor de coördinatie en het aanjagen van de uitvoering van de Landelijke agenda suïcidepreventie en het faciliteren en coördineren van een regionale

aanpak (binnen zes regio's) om het aantal suïcides terug te dringen (Supranet). In het kader van deze Landelijke agenda suïcidepreventie (2018–2021) heeft een groot aantal organisaties concrete acties toegezegd. Ik heb u hierover bij brief van 15 juni 2017 (Kamerstukken II, 32 793, nr. 270) geïnformeerd.

In 2015 heb ik besloten een onderzoeksagenda aan de Landelijke agenda toe te voegen waarmee kennis wordt opgeleverd die bijdraagt aan de vermindering van het aantal suïcides in Nederland. Voor dit programma heb ik destijds € 3,2 miljoen beschikbaar gesteld. De eerste resultaten van de onderzoeksagenda worden in 2018 verwacht. Naar aanleiding van het Algemeen Overleg over suïcidepreventie van 7 september 2016, is inmiddels aan de onderzoeksagenda ook een tweetal onderzoeksprojecten toegevoegd gericht op suïcidepreventie onder adolescenten.

Vraag 445

Kunt u aangeven hoe de gelden van € 3 miljoen voor de curatieve zorg bij dementie in het kader van het onderzoeksprogramma Memorabel worden besteed? Worden deze middelen ook ingezet om meer bewustwording te creëren onder huisartsen en verpleegkundigen over het recht op casemanagement dementie na de diagnosestelling?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 447.

Vraag 446

Kunt u aangeven hoe de gelden van € 3 miljoen voor curatieve zorg bij dementie in het kader van het onderzoeksprogramma Memorabel worden besteed? Worden deze middelen ook ingezet om meer bewustwording te creëren onder huisartsen en wijkverpleegkundigen over het recht op casemanagement dementie na de diagnosestelling?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 447.

Vraag 447

Kunt u aangeven hoe de gelden van € 3 miljoen voor curatieve zorg bij dementie in het kader van het onderzoeksprogramma Memorabel worden besteed? Worden deze middelen ook ingezet om meer bewustwording te creëren onder huisartsen en wijkverpleegkundigen over het recht op casemanagement dementie na de diagnosestelling?

Antwoord:

De € 3 miljoen vanuit curatieve zorg ten behoeve van het onderzoeksprogramma Memorabel zijn binnen dit programma niet geoormerkt voor curatieve zorg. Er worden vanuit Memorabel onderzoeksprojecten gefinancierd binnen vier thema's: 1) oorzaken en mechanismen van de ziekten, 2) diagnostiek, 3) behandeling en preventie en 4) doelmatige zorg en ondersteuning. Curatieve zorg komt vooral aan bod bij thema 2 en 3. Een aantal onderzoeksprojecten richt zich ook op verbetering van de zorg rond de diagnose, inclusief aandacht voor casemanagement. Bijvoorbeeld onderzoeken over de ontwikkeling van zorgtrajecten en het bieden van passende ondersteuning. Huisartsen en verpleegkundigen in de thuiszorg zijn bij deze onderzoeken betrokken.

Vraag 448

Was de hoeveelheid tolken in de opdracht tolkenvoorziening toereikend om alle huisartsen die dit wensten van een tolk te voorzien?

Antwoord:

Ja.

Vraag 449

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

Antwoord:

Op 1 oktober 2017 waren er 261.063 wanbetalers.

Vraag 450

Wat betekent de volgende zin: «in 2018 zal worden gestart met het uitwisselen van gegevens met zorgverzekeraars van personen die ingevolge de Zorgverzekeringswet verzekerd zijn, maar geen grondslag hebben voor verzekering ingevolge de Wet langdurige zorg»? Over wat voor groep mensen hebben we het hier precies?

Antwoord:

Het betreft diverse groepen personen niet-verzekeringplichtige verzekerden.

In de onderstaande tabel op basis van globale gegevens uit de Wlz-verzekerdenadministratie van de Sociale Verzekeringsbank zijn de volgende categorieën onderscheiden:

Tabel. Categorieën niet-verzekeringplichtige verzekerden

categorie	april 2017
Wonen in het buitenland	30.000
Vertrokken onbekend waarheen	9.000
Buitenlandse studenten	3.000
Werkzaam buiten Nederland	3.000
Onzekere verblijfstitels	15.000
Recent werkzaam geweest, maar vertrokken	7.000
Buitenlandse wetgeving van toepassing	2.000
Overige (o.a. buitenlandse volkenrechtelijke organisatie, afwijkende premie-inhoudingen, geen verblijfstitel, vastgesteld niet verzekerd)	10.000
Totaal	79.000

Vraag 451

Hoeveel mensen konden in 2017 hun eigen risico niet meer betalen? Wat zijn hiervan de laatste cijfers?

Antwoord:

Deze cijfers zijn mij niet bekend.

Vraag 452

Hoeveel wanbetalers waren er in 2017 aangaande het eigen risico?

Antwoord:

Deze cijfers zijn mij niet bekend voor het eigen risico.

Op 1 september 2017 stonden 261.296 wanbetalers voor de premie geregistreerd bij het CAK (ten opzichte van 325.810 wanbetalers eind 2014).

Vraag 453

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 449.

Vraag 454

Kunt u een trendmatig overzicht geven van hoeveel mensen sinds 2009 een bestuursrechtelijke premie moeten betalen? Kunt u een overzicht geven per jaar?

Antwoord:

Per ultimo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal wanb.	266.306	303.528	297.954	314.138	325.810	312.037	277.023

Vraag 455

Hoeveel mensen moeten al sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2009 een bestuursrechtelijke premie betalen?

Antwoord:

De wanbetalersregeling is in de jaren 2009/2010 gefaseerd ingevoerd. Van de wanbetalers die destijds zijn aangemeld zijn er thans nog steeds circa 40.000 de bestuursrechtelijke premie verschuldigd.

Vraag 456

Kunt u aangeven hoe lang mensen gemiddeld een bestuursrechtelijke premie moeten betalen?

Antwoord:

De onderstaande tabel geeft het aantal wanbetalers weer dat gedurende een bepaalde periode in het bestuursrechtelijk regime verblijft. De totale aantallen wijken af van de tabel in het antwoord bij vraag 454, omdat het hier alleen wanbetalers betreft die geregistreerd staan in de Basisregistratie personen.

Aantal maanden	2013	2014	2015	2016
0-12	87.320	88.420	48.756	28.114
13-24	50.010	54.740	55.224	51.276
>24	145.110	155.080	183.910	189.422
Totaal	282.440	298.240	287.890	268.812

Vraag 457

Kunt u de ontwikkeling van het aantal mensen dat een bestuursrechtelijke premie moet betalen nader toelichten? Welke invloed heeft de stijging van het eigen risico hierop?

Antwoord:

In de beantwoording van vraag 454 heb ik een tabel opgenomen met de cijfermatige trend sinds 2009. Op 1 oktober 2017 waren er 261.063 wanbetalers geregistreerd bij het CAK tegen 325.810 wanbetalers eind 2014. Deze daling wordt hoofdzakelijk veroorzaakt doordat zorgverzekeraars op grote schaal betalingsregelingen hebben afgesproken met wanbetalers. Dankzij de versoepelingen in de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen (Stb. 2015, 502) kunnen wanbetalers die een betalingsregeling (zonder tussenkomst van een schuldhulpverlener) afspreken direct uit het bestuursrechtelijke premieregime stromen.

Zorgverzekeraars melden verzekerden met een betalingsachterstand van zes of meer maanden zorgpremie aan bij het CAK voor het bestuursrechtelijk premieregime. Een eventuele betalingsachterstand eigen risico telt hiervoor niet mee.

Vraag 458

Hoeveel mensen hadden in 2017 een betalingsregeling met hun zorgverzekering? Hoeveel waren dat er in, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016?

Antwoord:

Sinds eind 2013 wordt het maandelijkse aantal lopende betalingsregelingen (intern of extern, bij een incassopartner) bijgehouden. In de onderstaande tabel zijn de lopende betalingsregelingen op 31 december 2014, 31 december 2015 en 31 december 2016 in beeld gebracht. Het betreft hier regelingen en overeenkomsten waar ten minste de premieschuld in zit. Betalingsregelingen bij de externe incassopartner hebben zowel betrekking op de buitengerechtigde- als de gerechtigde fase.

Tabel Lopende betalingsregelingen/stabilisatieovereenkomst (bron: CAK)

	intern	extern
2014	152.985	119.110
2015	137.468	93.515
2016	156.109	95.305

Begin dit jaar is een uitvraag gedaan bij zorgverzekeraars om het gespreid betalen eigen risico te inventariseren. Hieruit blijft dat circa 800.000 verzekerden van de mogelijkheid gebruikmaken om het eigen risico gespreid te betalen. Ik vind dat positief, mensen verdelen zo de lasten van het eigen risico over het jaar.

Vraag 459

Bij hoeveel procent van de onverzekerden kan de bestuurlijke boete daadwerkelijk worden geïnd?

Antwoord:

Circa 20% van de opgelegde bestuurlijke boete wordt geïnd (uitgaande van € 2,0 miljoen opbrengsten per jaar bij € 9,5 miljoen aan opleggingen). Een aanzienlijk deel wordt niet geïnd omdat het verzekeringsplichtigen betreft die slechts korte tijd hier verbleven en Nederland inmiddels weer verlaten hebben.

Vraag 460

Hoe vaak hebben ambulances uit moeten wijken naar een ander ziekenhuis omdat een ziekenhuis geen capaciteit had om mensen op te vangen? Kunt u hiervan een overzicht geven?

Antwoord:

Er is geen landelijke registratie van ambulances die moeten uitwijken naar een ander ziekenhuis omdat een ziekenhuis geen capaciteit had om de patiënt op te vangen.

De marktscan Acute Zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van september 2017 (TK 2016–2017, 29 247, nr. 236) bevat echter wel een relevante analyse uit de regio Amsterdam in 2016.

Daarin concludeert de NZa dat 2% van het totaal aantal spoedeisende inzetten in 2016 in de regio Amsterdam vanwege een stop in het dichtstbijzijnde ziekenhuis in een ander ziekenhuis eindigde dan in de twee meest nabijgelegen ziekenhuizen. Daarbij merkt de NZa op dat het in 2016 niet voorgekomen is dat in alle Amsterdamse ziekenhuizen sprake was van een stop op de spoedeisende hulp of eerste harthulp tijdens een spoedeisende inzet. Stops hebben daarom volgens de NZa slechts een klein effect op de toegankelijkheid van acute medisch-specialistische zorg.

Vraag 461

Hoe vaak is passend (ambulance)vervoer ingezet voor mensen met verward gedrag of acute ggz problematiek? Hoe vaak was dat in 2010 t/m 2017?

Antwoord:

In het verleden is bij (ambulance)vervoer niet geregistreerd of het ging om mensen met verward gedrag, niet door de politie en ook niet door de regionale ambulancevoorzieningen. Momenteel wordt in het kader van door ZonMw gehonoreerde pilots die gericht zijn op het vervoer van personen met verward gedrag, het aantal ritten geregistreerd van deze groep. Over de resultaten van de eerste pilots zal in 2018 informatie beschikbaar komen.

Vraag 462

Hoeveel ambulances zijn in publieke en hoeveel ambulances zijn in privaat bezit?

Antwoord:

In 2016 waren er 247 ambulances in bezit van de 10 publieke regionale ambulancevoorzieningen, 350 ambulances in bezit van de 11 private regionale ambulancevoorzieningen en 183 ambulances in bezit van de 4 coöperaties waarbinnen private en publieke regionale ambulancevoorzieningen samenwerken.

Dit volgt uit het Sectorkompas van brancheorganisatie Ambulancezorg Nederland met gegevens over ambulancezorg in 2016.

Vraag 463

Hoeveel ambulanceverpleegkundigen worden per jaar opgeleid?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de instroomcijfers, zoals bekend bij het College Zorg Opleidingen (CZO), van de opleiding ambulanceverpleegkundige van de afgelopen jaren weergegeven.

	2016	2015	2014
Ambulanceverpleegkundige	139	116	116

Vraag 464

Hoeveel ambulance verpleegkundigen waren er in 2016 werkzaam in Nederland?

Antwoord:

Volgens de landelijke formatie-aantallen van Ambulancezorg Nederland, waren er in 2016 2.268 ambulanceverpleegkundigen werkzaam.

Vraag 465

Hoeveel A1, A2, B1 en B2 ritten worden er per jaar uitgevoerd in Nederland?

Antwoord:

In 2016 werden er in Nederland 632.875 A1-inzetten, 340.056 A2-inzetten en 340.320 B-inzetten uitgevoerd.

Dit volgt uit het eerder genoemde Sectorkompas van brancheorganisatie Ambulancezorg Nederland. De B-inzetten zijn niet nader onderscheiden in B1 en B2-inzetten.

Vraag 466

Hoeveel winst is er afgelopen 5 jaar gemaakt door aanbieders op het ziekenvervoer, uitgesplitst per jaar?

Antwoord:

Ik heb geen overzicht van de winst die de afgelopen 5 jaar per jaar is gemaakt door aanbieders van ambulancezorg en van overige vormen van zittend of liggend ziekenvervoer.

Vraag 467

Bij hoeveel procent van de wanbetalers zorgverzekering kan de bronheffing daadwerkelijk worden geïnd?

Antwoord:

Circa 50% van de opgelegde bestuursrechtelijke premie wordt via bronheffing (directe inhouding op het inkomen) geïnd.

Vraag 468

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

Antwoord:

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de tarieven voor de zorgzwaartepakketten (zpz) vast. Met ingang van 2018 gelden er integrale tarieven in de Wlz. Dat betekent dat via de tarieven voor de zpz's zowel de zorg als het vastgoed (normatieve huisvestingscomponent/NHC) en de inventaris (normatieve inventariscomponent/NIC) bekostigd worden. Het integrale zpz-tarief voor 2018 is hierdoor niet 1-op-1 vergelijkbaar met het zpz-tarief voor de zorg in 2017. De NZa publiceert daarom ook de opbouw van het integrale zpz-tarief 2018, opgedeeld naar de drie genoemde onderdelen. De actuele tarieven voor 2017 en 2018 (gespecificeerd naar de genoemde componenten) zijn opgenomen in bijgevoegde tabel. De bedragen zijn ook terug te vinden op de website van de NZa, via bijgaande links:

<https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/>

https://www.nza.nl/regelgeving/bijlagen/BR_REG_17137f_Prestatiebeschrijvingen_en_tarieven_zorgzwaartepakketten

https://www.nza.nl/regelgeving/bijlagen/Prestatiebeschrijvingen_en_tarieven_zorgzwaartepakketten_2018_BR_REG_18143b

ZZP	zpz tarief 2017	Integraal tarief 2018, opgebouwd uit 3 delen			
		zorgdeel 2018 (vergelijkbaar met zpz 2017)	vastgoed-deel 2018 (NHC)	inventaris-deel 2018 (NIC)	zpz 2018 (integraal tarief)
VV 4	€ 146,75	€ 157,35	€ 30,28	€ 2,53	€ 190,16
VV 5	€ 192,89	€ 206,81	€ 30,28	€ 3,90	€ 240,99
VV 6	€ 193,21	€ 207,15	€ 30,95	€ 3,90	€ 242,00
VV 7	€ 230,17	€ 246,75	€ 31,90	€ 3,90	€ 282,55
VV 8	€ 262,58	€ 281,50	€ 32,81	€ 4,98	€ 319,29
VV 9b	€ 229,09	€ 245,60	€ 38,79	€ 5,29	€ 289,68
VV 10	€ 283,96	€ 304,41	€ 32,81	€ 3,90	€ 341,12
GGZ 1B	€ 102,61	€ 105,67	€ 27,68	€ 2,82	€ 136,17
GGZ 2B	€ 137,76	€ 141,86	€ 27,68	€ 2,82	€ 172,36
GGZ 3B	€ 150,76	€ 155,24	€ 33,55	€ 5,94	€ 194,73
GGZ 4B	€ 171,37	€ 176,46	€ 33,55	€ 5,94	€ 215,95
GGZ 5B	€ 183,63	€ 189,08	€ 43,14	€ 5,94	€ 238,16
GGZ 6B	€ 240,43	€ 247,56	€ 38,26	€ 5,94	€ 291,76
GGZ 7B	€ 327,09	€ 336,77	€ 48,08	€ 5,94	€ 390,79
VG 3	€ 151,92	€ 156,44	€ 31,18	€ 3,33	€ 190,95
VG 4	€ 167,19	€ 172,16	€ 31,18	€ 3,33	€ 206,67
VG 5	€ 208,92	€ 215,12	€ 34,50	€ 8,59	€ 258,21
VG 6	€ 202,70	€ 208,71	€ 34,50	€ 6,38	€ 249,59
VG 7	€ 280,58	€ 288,89	€ 34,50	€ 8,59	€ 331,98
VG 8	€ 235,60	€ 242,58	€ 43,91	€ 8,59	€ 295,08

ZZP	zpz tarief 2017	Integraal tarief 2018, opgebouwd uit 3 delen			
		zorgdeel 2018 (vergelijkbaar met zpz 2017)	vastgoed-deel 2018 (NHC)	inventaris-deel 2018 (NIC)	zpz 2018 (integraal tarief)
LVG 1	€ 143,01	€ 147,27	€ 31,18	€ 3,33	€ 181,78
LVG 2	€ 184,26	€ 189,73	€ 31,18	€ 3,33	€ 224,24
LVG 3	€ 227,36	€ 234,10	€ 40,56	€ 6,38	€ 281,04
LVG 4	€ 267,43	€ 275,35	€ 40,56	€ 6,38	€ 322,29
LVG 5	€ 266,20	€ 274,09	€ 40,56	€ 6,38	€ 321,03
SGLVG 1	€ 346,54	€ 356,79	€ 40,56	€ 8,59	€ 405,94
LG 2	€ 161,33	€ 166,12	€ 31,18	€ 3,16	€ 200,46
LG 4	€ 195,30	€ 201,10	€ 31,18	€ 4,54	€ 236,82
LG 5	€ 226,92	€ 233,65	€ 36,33	€ 8,59	€ 278,57
LG 6	€ 242,56	€ 249,75	€ 43,17	€ 8,59	€ 301,51
LG 7	€ 251,33	€ 258,78	€ 43,17	€ 8,59	€ 310,54
ZG aud 2	€ 306,21	€ 315,28	€ 31,18	€ 8,55	€ 355,01
ZG aud 3	€ 351,08	€ 361,47	€ 35,10	€ 8,55	€ 405,12
ZG aud 4	€ 238,42	€ 245,49	€ 31,18	€ 8,55	€ 285,22
ZG vis 2	€ 142,27	€ 146,49	€ 31,18	€ 6,00	€ 183,67
ZG vis 3	€ 187,07	€ 192,62	€ 31,18	€ 8,55	€ 232,35
ZG vis 4	€ 238,71	€ 245,79	€ 37,00	€ 8,55	€ 291,34
ZG vis 5	€ 259,70	€ 267,40	€ 43,91	€ 8,55	€ 319,86

Vraag 469

Kunt u per Zorgzwaartepakket (ZZP) in alle categorieën aangeven hoeveel er in 2017 reeds zijn afgegeven en hoeveel indicaties voor alle ZZP's in de periode 2015–2017 zijn afgegeven?

Antwoord:

Het CIZ rapporteert over het aantal afgegeven besluiten in de kwartaalrapportages. U treft de rapportages aan op: <https://www.ciz.nl/voor-professionals/Paginas/Cijfers-en-feiten.aspx>

In de Kwartaalrapportage CIZ 2016 Q1 tot en met 2016 Q4 rapporteert het CIZ in paragraaf 4.1 over het aantal afgegeven besluiten voor profielreeksen LG, V&V en VG. Besluiten voor de overige zorgprofielreeksen (ZG, LVG, SGLVG, GGZ) heeft het CIZ buiten beschouwing gelaten vanwege relatief lage aantallen.

	2015	2016
LG	5.249	5.801
V&V	92.519	102.706
VG	14.217	18.751

In de paragrafen 4.2 tot en met 4.5 publiceert het CIZ voor de sectoren VV en VG over het aantal afgegeven besluiten per ZZP.

	2015	2016
VV03	8.003	7.904
VV04	13.780	15.613
VV05	27.668	30.157
VV06	27.709	33.145
VV07	4.245	3.917
VV08	1.145	1.258
VV09b	2.384	2.791
VV10	7.438	7.844
VG01	8	12

	2015	2016
VG02	127	113
VG03	3.095	3.375
VG04	2.429	3.969
VG05	1.776	3.724
VG06	4.108	4.192
VG07	1.196	1.049
VG08	1.482	2.323

In de Kwartaalrapportage CIZ 2016 Q2 tot en met 2017 Q1 rapporteert het CIZ niet over het aantal afgegeven besluiten per sector en per zorgprofiel.

Vraag 470

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 13.

Vraag 471

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 472

Hoeveel persoonsgebonden budgetten zijn dit jaar afgegeven, uitgesplitst naar de vier zorgdomeinen (Wet langdurige zorg (Wlz), Wmo 2015, Jeugdwet en Zorgverzekeringswet (Zvw))?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 349.

Vraag 473

Voor hoeveel locaties in de intramurale ouderenzorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord:

Het Zorginstituut publiceert op hun site, <https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten>, de stand van de wachtlijst op instellings- en locatieniveau. Hier staan overzichten van de sectoren intramurale verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, die inzicht geven in het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden per instelling- en locatie. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen binnen en buiten de Treeknorm. Het overzicht bestaat uit de volgende onderdelen:

- Actief wachtend, binnen de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, binnen de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm, geen zorg uit de Wlz.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
- Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz.
- Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Vraag 474

Voor hoeveel locaties in de intramurale gehandicaptenzorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 473.

Vraag 475

Voor hoeveel locaties in de intramurale geestelijke gezondheidszorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 473.

Vraag 476

Hoeveel mensen staan op een wachtlijst voor zorg thuis wat is de gemiddelde wachttijd en wat zijn de minimum- en maximumwachttijden?

Antwoord:

Het Zorginstituut publiceert op de site, <https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten>, de stand van de wachtlijst. In de rapportage (stand 1 augustus 2017) staan 92 personen op de wachtlijst voor verpleging en verzorging thuis (extramuraal). Hiervan zijn 3 personen actief wachtend en 89 personen niet-actief wachtend.

Wachten op zorg thuis (V&V extramuraal)	< Treeknorm		> Treeknorm			Totaal
	0-6 weken	6-13 weken	3-6 maanden	6-12 maanden	> 12 maanden	
Actief wachtend, geen zorg uit de Wlz	0	0	1	0	0	1
Actief wachtend, met zorg uit de Wlz	0	1	1	0	0	2
Niet-actief wachtend, geen zorg uit de Wlz	30	16	11	9	7	73
Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz	9	2	2	2	1	16

Omdat per extramuraal functie gedetailleerd is aangegeven hoeveel personen op de wachtlijst staan en wat de bijhorende wachtduur is, heeft het berekenen van een gemiddelde wachttijd geen toegevoegde waarde.

Vraag 477

Hoe zien de wachtlijsten eruit in de Wlz, uitgesplitst naar de afzonderlijke sectoren?

Antwoord:

Het Zorginstituut publiceert op hun site, <https://www.istandaarden.nl/wachtlijsten>, de stand van de wachtlijst.

Dit overzicht wordt maandelijks geactualiseerd en geeft gedetailleerde informatie over de afzonderlijke sectoren binnen de langdurige zorg.

Vraag 478

Hoe zien de wachtlijsten eruit bij zorginstellingen die gefinancierd worden vanuit de zorgverzekeringswet, inclusief de ggz?

Antwoord:

Zorgaanbieders zijn verplicht om hun wachttijden periodiek te publiceren. Dankzij de publicatie van wachttijden weten patiënten ongeveer wanneer ze aan de beurt zijn en kunnen ze wachttijden van verschillende zorgaanbieders met elkaar vergelijken. Sinds 2016 moeten ook vrijgevestigden hun wachttijden publiceren. De NZa verzamelt de gegevens van de

verschillende aanbieders op haar website om de wachttijden in kaart te brengen. Zij rapporteert hierover in de verschillende Marktscans, onder andere die van de ggz. Over de bevindingen van de NZa in de laatste Marktscan ggz heb ik uw Kamer op 31 mei 2017 geïnformeerd (kamerstuk 29 248, nr. 353).

Vraag 479

Hoe zien de wachtlijsten eruit in de Jeugdzorg en wat is de omvang van deze wachtlijsten?

Antwoord:

Het Nji-onderzoek naar wachttijden, dat ik uw Kamer bij brief van 2 juni 2017 (TK 31 839, nr. 581) heb toegezonden, laat zien dat wachttijden in de jeugdhulp een veelkoppig en hardnekkig vraagstuk is dat niet eenvoudig is op te lossen. Niettemin zijn gemeenten en aanbieders gehouden zich tot het uiterste in te spannen om tijdig passende jeugdhulp te bieden binnen professioneel aanvaardbare termijnen. En met voorrang jeugdhulp te bieden als sprake is van acute problematiek. Gemeenten en aanbieders maken in 2017 hierover op regionaal niveau afspraken voor de contracten 2018 en verder, met daarin aandacht voor transparantie over wachttijden en bijbehorende wachtlijstbemiddeling.

Vraag 480

Hoeveel verzorgingshuizen zijn er in, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017 gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 12.

Vraag 481

Hoeveel verpleeghuizen zijn er in, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017 gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2018?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die sluiten of de reden daarvan.

Vraag 482

Hoeveel gehandicaptenzorginstellingen zijn er in, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017 gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2018?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die sluiten of de reden daarvan.

Vraag 483

Hoeveel ouderen en mensen met een beperking zijn gedwongen verhuisd vanwege de sluiting van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en gehandicaptenzorginstellingen?

Antwoord:

Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van locaties die openen, sluiten, renoveren of worden herbestemd voor doeleinden al dan niet in of buiten de zorg. Deze afwegingen zijn aan de zorginstelling en beslissingen hierover door zorginstellingen zijn van alle tijden.

Ook verhuisbewegingen en de achterliggende redenen daarvan worden niet landelijk met een lijst bijgehouden. Ook verhuisbewegingen zijn van alle tijden.

Vraag 484

Hoeveel banen zijn er verloren gegaan door de sluiting van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en gehandicaptenzorginstellingen? Kunt u dit uitsplitsen naar verschillende functies?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over ontslagen specifiek in de V&V sector. Wel zijn er cijfers voor de VVT sector als geheel. De totale werkgelegenheid in de VVT sector is in de periode 2012–2015 gedaald met ongeveer 56 duizend personen (23 duizend fte). In 2016 was de werkgelegenheid in de VVT vrijwel stabiel en vanaf dit jaar stijgt de werkgelegenheid. In de gehandicaptenzorg is de werkgelegenheid tussen 2012 en 2015 gedaald met ongeveer 7 duizend personen (ongeveer 2,5 duizend fte). Begin 2017 was de werkgelegenheid weer op het niveau van 2012.

Vraag 485

Kunt u een overzicht geven van alle organisaties die meedoen aan waardigheid en trots? Kunt u daarbij aangeven hoeveel en welke van deze organisaties de afgelopen twee jaar een maatregel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg opgelegd hebben gekregen?

Antwoord:

Hieronder treft u de deelnemers per oktober 2017 aan van Waardigheid en trots, ruimte voor verpleeghuizen:

Zorgaanbieder

Aafje
ABC-Zorgcomfort
Accolade Zorggroep
ActiVite
Allévo zorg- en dienstverl.
Alliade Zorggroep
Alrijne Zorggroep
Amaris Zorggroep
Amsta
Amstelring
Ananz wonen welzijn zorg
Archipel Zorggroep
Argos Zorggroep
Atlant Zorggroep
Avoord Zorg en Wonen
AxionContinu
Azora
Bartholomeus Gasthuis
Bartiméus
Bethanië
BrabantZorg
Careaz
Carinova
Carintreggeland
Coloriet
Cordaan
Crabbehoff
CuraMare
Dagelijks leven Zorg BV
De Blije Borgh
De Gouden Leeuw Groep
De Hoven
De Lange Wei
De Leyhoeve
De Merwelanden
De Oude Pastorie
De Posten
De Riethorst Stromenland
De Vijverhof
De Wever
De Zellingen

Zorgaanbieder

De ZorgSpecialist
DrieGasthuizenGroep
Evean
Florence
Frankelandgroep
Hervormd Centrum Pennemes
Het Parkhuis
Hilverzorg
Jsselheem
Inovum
Insula Dei Huize Kohlmann
Joris Zorg
King Arthur Groep
Kwadrantgroep
Laurens Rotterdam
Laverhof
Liberein
Liemerije
LuciVer
Lyvore
Magentazorg
Markenheem
MeanderGroep
NNCZ
Noorderbreedte
Norschoten
Nusantara
OBG
Omring
Opella
Pieter van Foreest
Pleyade
Present (vh AV Zorggroep)
QuaRijn
Riederborgh
Rivas Zorggroep
Rosa Spier Huis
RSZK
Saffier de Residentiegroep
Sanare Zorg en Welzijn
Savant Zorg
Saxenburgh Groep
Schakelring
Seniorenresidentie Ruitersbos
Sensire
Sevagram
Sint Anna
Sint Annaklooster
Sint Jacob
St. Groenhuisen
St. Ouderenzorg Wilgaerden
St. Pieters en Bloklands
St. TanteLouise
Stg. Cicero Zorggroep
Stg. de Koperhorst
Stg. Interzorg Noord-Ned.
Stg. KC Dementie
Stg. Maria-oord
Stichting Cardia-Duinrust
Stichting de Leystroom
Stichting de Zorgboog
Stichting Hanzeheerd
Stichting Humanitas
Stichting Icare
Stichting Innoforte
Stichting Kalorama
Stichting Maasduinen
Stichting NiKo
Stichting Oosterlengte
Stichting Pro Senectute
Stichting Sint Jozefoord
Stichting Warm Thuis

Zorgaanbieder

Stichting Zuidzorg
STMR
Surplus
SVRZ
Swinhovegroep
SZMK
Thebe
Topaz
Treant Zorggroep
Trivium Meulenbelt
Valkenhof
Viattence
Vilente
ViVa! Zorggroep
Vivantes Zorggroep
Vivent
Vivium Zorggroep
Volckaert
Warande
WelThuis
Westerholm/Ridders-Lubbers
Wittenbergzorg
Woonzorg Flevoland
WoonZorgcentra Haaglanden
Woonzorgcentrum de Westerkim
Woonzorggroep Samen
WVO Zorg
Zinzia Zorggroep
Zonnehuisgroep Amstelland
ZorgAccent
Zorgbalans
Zorgcentra Meerlanden
Zorgfederatie Oldenzaal
Zorggroep Almere
Zorggroep Charim
Zorggroep Elde
Zorggroep Groningen
Zorggroep Lianté
Zorggroep Maas en Waal
Zorggroep Manna
Zorggroep Meander
Zorggroep NoordWest-Veluwe
Zorggroep Raalte
Zorggroep Reinalda
Zorggroep Sint Maarten
Zorggroep Tangenborgh
Zorggroep Ter Weel
Zorgpartners Midden-Holland
Zorgspectrum
Zorgspectrum het Zand
Zorgstroom
Zorgverlening het Baken
ZuidOostZorg
Zuidzorg
ZZG Zorggroep

De IGJ i.o. heeft tussen juli 2015 en 6 oktober 2017 aan acht (oud)deelnemers aan ruimte voor verpleeghuizen een maatregel opgelegd (Warande, Stichting Humanitas, Stichting Laurens, Crabbehoff, Saffier de Residentiegroep, Beweging 3.0, Insula Dei Huize Kohlman, Aafje). Op het moment van selectie in juli 2015 had de IGZ geen maatregelen opgelegd bij een van de geselecteerde zorgaanbieders.

Vraag 486

Hoeveel organisaties hebben geld ontvangen voor aandacht en scholing in het kader van het programma waardigheid en trots? Hoeveel organisaties hadden daarvoor een plan ingediend?

Antwoord:

Uit informatie van de zorgkantoren blijkt dat circa 750 zorgorganisaties een plan hebben ingediend voor de extra middelen. Slechts een fractie van die plannen is afgekeurd.

Vraag 487

Hoeveel ouderen hebben met dit geld extra aandacht gekregen en hoeveel zorgverleners hebben met dit geld scholing gekregen? Wat is over de hele linie de stand van zaken bij de experimenten in het kader van het programma «Waardigheid en Trots»?

Antwoord:

De extra middelen Waardigheid en Trots, bestemd voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en deskundigheidsbevordering van professionals, worden door de zorgkantoren toegekend indien de zorgaanbieder een plan indient voor de besteding van de extra middelen. Enige voorwaarde voor de goedkeuring van het plan is de instemming van de Cliëntenraad, Ondernemingsraad en indien aanwezig de Verpleegkundige Adviesraad. Wanneer een zorgaanbieder de middelen onjuist inzet, mag ervan worden uitgegaan dat de Cliëntenraad en Ondernemingsraad hun goedkeuring aan een volgend plan onthouden en daarover in gesprek gaan met de bestuurder. Hoe de middelen exact worden besteed per instelling, is niet bekend. Wel heeft er een eerste, kwalitatieve evaluatie plaatsgevonden over het proces van totstandkoming van de plannen, een inventarisatie van de inhoud ervan en aanbevelingen voor komende jaren. Die evaluatie is op 3 februari 2017 naar de Kamer gestuurd (TK 31 765, nr. 262).

Het programma waarin experimenten plaatsvinden in het kader van «Waardigheid en Trots» is «Ruimte voor Verpleeghuizen». Eind 2015 zijn vele zorgaanbieders in «Ruimte voor Verpleeghuizen» met de uitvoering van hun voorstellen om de verpleeghuiszorg te verbeteren aan de slag gedaan. Bij verschijnen van de voortgangsrapportages Waardigheid en Trots is iedere keer over de stand van zaken gerapporteerd. Het leeuwendeel van zorgaanbieders is op dit moment in de afrondende fase. De verwachting is dat vanaf eind 2017 tot en met begin 2018 de resultaten gepubliceerd zullen worden. Deze resultaten worden waar mogelijk zo gepubliceerd dat ze toepasbaar zijn voor andere zorgaanbieders.

Vraag 488

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

Antwoord:

Dat is op dit moment niet bekend. Het RIVM brengt in november van dit jaar de Gezondheidsmonitor 2017 uit. Deze monitor zal een verzameling van gegevens uit de gezondheidsenquête, de volwassenenmonitor en de ouderenmonitor van alle 28 GGD'en bevatten. In de enquête zijn voor het eerst diverse vragen opgenomen over ouderenmishandeling. Daarnaast is het WODC (Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie) in opdracht van VWS bezig met een nieuw prevalentieonderzoek naar aard en omvang van ouderenmishandeling, dat in het voorjaar van 2018 verschijnt.

Vraag 489

Hoeveel ouderen komen jaarlijks bij de huisarts en bij de Spoedeisende Hulp (SEH) met opmerkelijk en onverklaarbaar letsel?

Antwoord:

Dat is niet bekend. Ziekenhuizen/artsen op de spoedeisende hulp werken bij (vermoedens van) kindermishandeling en huiselijk geweld volgens veldnormen en de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Deze meldingen komen terecht bij Veilig Thuis en worden door ziekenhuispersoneel opgenomen in het patiëntendossier. Het gaat hier om vertrouwelijke gegevens. Daarnaast leiden vermoedens van mishandeling en onverklaarbaar letsel lang niet altijd tot een melding bij Veilig Thuis.

Vraag 490

Zijn er het afgelopen jaar mensen opgepakt en berecht naar aanleiding van mishandeling van ouderen, zo ja hoeveel mensen betreft dit?

Antwoord:

Dat is niet bekend. Ouderenmishandeling als vorm van geweld in een afhankelijkheidsrelatie wordt door de politie niet als zodanig geregistreerd.

Vraag 491

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot ondervoeding van ouderen?

Antwoord:

De landelijke prevalentiecijfers zijn constant. In het verpleeghuis is 10 tot 15%, in de thuiszorg 15 tot 30% en in het ziekenhuis 15 tot 25% van de patiënten ondervoed. Bij opname op de ziekenhuisafdeling geriatrie is dit ca 38%. Van de zelfstandig wonende ouderen (zonder thuiszorg) is zo'n 7% ondervoed.

Medio 2017 heeft de Stuurgroep Ondervoeding het project «Goed gevoed ouder worden» afgerond. In dit project stond het voorkomen en behandelen van ondervoeding bij ouderen thuis centraal. De resultaten (o.a. informatie en ontwikkelde scholingen voor ouderen, mantelzorgers en zorgprofessionals) zijn te vinden op de website goedgevoegdouderworden.nl. In vervolg op «Goed gevoed ouder worden» is de stuurgroep onlangs gestart met een nieuw project «Het Voedingspaspoort» met een looptijd van 1,5 jaar, waar in een 3-tal pilots gewerkt wordt aan het verbeteren van de voedingszorg bij kwetsbare ouderen en de overdracht in transmurale zorg.

Daarnaast hebben de Staatssecretarissen van EZ en VWS de «Taskforce gezond eten met ouderen» in het leven geroepen die tot taak heeft gezonde en duurzame maaltijden voor ouderen te stimuleren.

Vraag 492

Hoeveel mensen hebben geen netwerk om zich heen die kunnen helpen bij ziekte of zorg?

Antwoord:

Over deze gegevens beschik ik niet.

Vraag 493

Hoeveel volwassenen en ouderen zijn eenzaam?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 14.

Vraag 494

Hoeveel wordt er besteed aan het bestrijden van eenzaamheid?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 14.

Vraag 495

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

Antwoord:

Bij sterke, langdurige eenzaamheid kunnen de gevolgen groot zijn. Gevolgen op de fysieke gezondheid zijn onder andere een groter risico op hartproblemen, slaapproblemen, verminderde afweer, depressie en dementie ([https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Wat-werkt-bij-eeenzaamheid%20\[MOV-10927840-1.2\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Wat-werkt-bij-eeenzaamheid%20[MOV-10927840-1.2].pdf)). De kosten hiervan zijn onbekend.

Vraag 496

Hoeveel cliënt-vertrouwenspersonen zijn er in zorginstellingen aangesteld in 2017?

Antwoord:

Ik heb geen zicht op het aantal in 2017 aangestelde cliëntenvertrouwenspersonen. Ook bij BeVeZo, de beroepsvereniging voor vertrouwenspersonen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of met psychogeriatrische problematiek, is dit aantal niet bekend.

Vraag 497

Hoe vaak werd in 2017 gedwongen zorg gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg? En wat voor gedwongen zorg betrof dit?

Antwoord:

Instellingen die gedwongen zorg in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz) verlenen, moeten de aanvang van de dwangbehandelingen en middelen of maatregelen melden bij de inspectie. Het gaat hierbij om toepassingen van separatie, afzondering, fixatie, dwangmedicatie, gedwongen vocht en voeding en in een beperkt aantal gevallen inzet van andere middelen zoals opsluiting op de kamer. De cijfers van het aantal meldingen over 2017 zijn nog niet beschikbaar. Zodra deze gereed zijn worden deze gepubliceerd op de website van de inspectie.

Vraag 498

Hoeveel ouderen die opgenomen waren in het ziekenhuis moesten daar noodgedwongen langer blijven omdat er ergens anders geen plek voor hen was?

Antwoord:

De marktscan Acute zorg van de NZa beschrijft het aantal patiënten dat geen medische behandeling meer nodig heeft en een Wlz-indicatie heeft maar niet overgeplaatst kan worden naar een Wlz-instelling. In dit geval is sprake van een patiënt op het «verkeerde bed». Dit is het geval bij 0,5% van de patiënten die op de SEH zijn geweest. Uitgaande van in totaal 2,4 miljoen SEH bezoekers per jaar (niet allen ouderen) betekent dit 12.000 patiënten.

Vraag 499

Wat is de reële gemiddelde personele bezetting in de intramurale ouderenzorg?

Antwoord:

Het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg dat Zorginstituut Nederland (ZIN) heeft vastgesteld bevat normen voor de personeelssamenstelling. Ten behoeve van de doorrekening van de gevolgen van dit kwaliteitskader heeft de NZa voor een aantal verpleeghuizen een vergelijking gemaakt van het beschikbaar personeel (FTE's) dat momenteel per cliënt wordt ingezet. Het aantal FTE's is gebaseerd op de netto uren die uit het rooster voortvloeien, oftewel de uren van alle diensten (dag, avond, nacht). Door dit te delen door het totaal aantal cliënten in zorg heeft de NZa de huidige FTE/cliëntratio berekend. De gemiddelde huidige FTE/cliëntratio bij de deelnemende verpleeghuizen bedraagt 0,7 maar varieert tussen de 0,5 en de 0,8.

Er zijn verschillende scenario's denkbaar om te voldoen aan de normen uit het Kwaliteitskader. In het scenario waarbij de best presterende instellingen de norm worden (scenario 3 van de NZa) komt de gewenste FTE/cliëntratio uit op 0,9. U treft het rapport en de daarbij horende bijlagen aan op: https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Rapport_Impactanalyse_verpleeghuiszorg_2017

Vraag 500

Hoe hoog is de overhead in de Wlz en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

In opdracht van VWS is door PwC onderzoek gedaan naar de niet-cliëntgebonden kosten in de langdurige zorg. De bevindingen zijn neergelegd in een rapport d.d. 4 november 2016 «Faciliteer professionals ten behoeve van optimale persoonlijke dienstverlening aan mensen met een ondersteuningsbehoefte: een wereld te winnen. Een onderzoek naar niet-cliëntgebonden kosten in de langdurige zorg», dat de Tweede Kamer bij brief d.d. 30 maart jl. (Kamerstukken II 2016/17, 29 515, nr. 400) is toegestuurd. De gemiddelde (klassiek gedefinieerde) centrale overhead komt voor organisaties die eerder hebben deelgenomen aan zowel het financiële onderzoek als de medewerkerraadpleging in 2015 uit op 13%. Door PwC is een nieuwe definitie voor overhead gehanteerd. Daarin is meer rekening gehouden met moderne ontwikkelingen in de langdurige zorg, zoals bijvoorbeeld de inzet van zelfsturende teams (die ook indirecte taken uitvoeren) en de inzet van moderne technologie die direct wordt benut voor de persoonlijke dienstverlening aan de cliënt. Daarom is in het rapport uitgegaan van het begrip niet-cliëntgebonden kosten in plaats van overhead. Met die definitie worden dus ook indirecte taken die worden uitgevoerd door professionals op de werkvloer tot de niet-cliëntgebonden kosten gerekend. Daarbij kan gedacht worden aan planning/roostering, inkoop van materialen, etc. Met andere woorden: wat niet-cliëntgebonden kosten zijn, wordt bepaald door de inzet van middelen wel of niet voor de cliënt, ongeacht wie de bijbehorende taken uitvoert. Daarvan uitgaande komt in het rapport het gemiddeld percentage niet-cliëntgebonden kosten van de organisatie na toepassing van de afslag en opslag op 41,6%. Het percentage varieert tussen 27,2% en 54,9%. Bij het toekennen van extra middelen voor de invoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, wordt uitgegaan van de meest efficiënt opererende instellingen. Aanbieders die niet tot deze categorie behoren hebben dus een dubbele opdracht: bezuinigen op overhead/bureaucratie en voldoen aan de eisen van het kwaliteitskader.

Vraag 501

Hoe hoog is de bureaucratie in de Wlz en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Er bestaat geen eenduidige definitie van bureaucratie en daarmee ook geen meting daarvan op het terrein van de Wlz-zorg. Ik heb uw Kamer over mijn aanpak van administratieve lasten van Wlz-zorg geïnformeerd bij brief van d.d. 30 maart jl. (Kamerstukken II 2016/17, 29 515, nr. 400). Op het terrein van overhead is er door PwC in opdracht van VWS wel onderzoek gedaan. Zie hiervoor het antwoord op vraag 500.

Vraag 502

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 503

Hoeveel bezwaren zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten, als het gaat om de Wmo?

Antwoord:

Er wordt op landelijk niveau geen overzicht bijgehouden van het aantal bij gemeenten ingediende bezwaren tegen op basis van de Wmo 2015 genomen besluiten.

Vraag 504

Hoeveel rechtszaken zijn gehouden tegen besluiten van de gemeenten, als het gaat om de Wmo? Hoeveel was dit in 2015, 2016 en 2017?

Antwoord:

Er wordt 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. Navraag bij de Raad wijst uit dat in 2015 2.175 zaken zijn aangebracht op het terrein van de Wmo en Wmo 2015. Bij het registreren wordt geen onderscheid gemaakt tussen de Wmo en de Wmo 2015.

Vraag 505

Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar afgezien van zorg vanuit de Wmo, omdat ze dit niet meer kunnen betalen?

Antwoord:

Er is geen landelijke registratie beschikbaar van mensen die het afgelopen jaar hebben afgezien van zorg vanuit de Wmo omdat ze dit niet meer kunnen betalen.

Vraag 506

Kunt u een overzicht sturen hoeveel gemeenten externe adviesbureaus hebben ingeschakeld met betrekking tot de decentralisatie en welke kosten zijn hiermee gemoeid?

Antwoord:

Het Rijk beschikt niet over informatie met betrekking tot door gemeenten ingeschakelde externe adviesbureaus en de kosten daarvan.

Vraag 507

Hoeveel Wmo-regio's zijn er?

Antwoord:

Er is geen (landelijk) vastgestelde regio-indeling voor de uitvoering van de Wmo. Ten behoeve van gezamenlijke afspraken tussen gemeenten en verzekeraars voor de S1-wijkverpleging vormden gemeenten in 2014 regio's, voor zover mogelijk op basis van bestaande samenwerkingsverbanden. Dit leidde tot een indeling van 57 regio's. Deze indeling is te vinden via ww.regioatlas.nl. In hoeverre de huidige regionale samenwerking nog overeenkomt met dit beeld, is niet bekend.

Voor Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen bestaan 43 samenwerkingsverbanden via centrumgemeenten. Voor voorzieningen van vrouwenopvang zijn er 35 centrumgemeenten. Er zijn daarnaast 26 Veilig Thuis organisaties actief regio's die nauw aansluiten bij de Veiligheidsregio's, tezamen een landelijk dekkend netwerk.

Vraag 508

Hoeveel Wmo overlegtafels zijn er georganiseerd, hoe vaak vindt dit plaats en wie zitten aan deze overlegtafels?

Antwoord:

Ik heb geen inzicht in het aantal en de frequentie van lokale en regionale overleggen over Wmo-beleid en de uitvoering daarvan.

In de volgende gremia wordt op *landelijk niveau* regelmatig (bestuurlijk) gesproken over de ontwikkelingen en vraagstukken die de Wmo 2015 betreffen. Dit is geen alomvattende lijst.

Overleg	Deelnemers	Frequentie
Bestuurlijke overleggen	VWS, VNG en afhankelijk van de agenda andere departementen en derden zoals organisaties van cliënten, ZN, branches van aanbieders, sociale partners.	Circa 4 keer per jaar
Ontwikkeltafel Volwaardig Meedoen (transformatie-agenda)	VWS, VNG, NDSD, PFN, Ieder(in), Koepel adviesraden sociaal domein, ANBO, KBO-PCOB, Mezzo, Zorgbelang	4 keer per jaar en 1 keer op bestuurlijk niveau
Wmo Kamer	VNG, sociale partners, branches van aanbieders (VWS en SZW als toehoorder)	5 keer per jaar

Vraag 509

Welke partijen van de overlegtafels zijn gesubsidieerd door VWS?

Antwoord:

Er vindt geen aparte subsidiëring van overlegtafels plaats. Wel ontvangen partijen, met name organisaties van cliënten, gemeenten en aanbieders, soms subsidies van VWS gericht op het (gezamenlijk) bijdragen aan de verbetering van randvoorwaarden voor de uitvoering en vernieuwing van de Wmo 2015 op lokaal en regionaal niveau.

Vraag 510

In welke gemeenten worden maximale inkomensgrenzen gehanteerd?

Antwoord:

Er zijn mij geen gemeenten bekend die mensen de toegang tot de Wmo 2015 ontzeggen op grond van de hoogte van het inkomen. De Wmo 2015 biedt hier ook geen mogelijkheid toe.

Vraag 511

Zijn er Wmo verordeningen aangepast of vernietigd? Zo ja bij welke gemeenten en met welke reden?

Antwoord:

Het aanpassen van een Wmo-verordening is een bevoegdheid van de gemeenteraad. Ik beschik niet over een landelijk overzicht van aanpassingen in verordeningen. Er zijn geen op grond van de Wmo 2015 vastgestelde verordeningen vernietigd.

Vraag 512

Hoeveel gemeenten zijn door u op de vingers getikt, omdat zij Wmo-beleid uitvoerden die in strijd met de wetgeving is over 2015, 2016 en 2017? Welke gemeenten waren dit en waarom?

Antwoord:

Op basis van signalen die mij bereiken over mogelijke strijdigheden met de Wmo 2015 wordt in de eerste plaats contact opgenomen met gemeenten voor het ophalen van informatie. In deze fase wordt bekeken of daadwerkelijk sprake is van strijdigheid met de wet. Ook wordt bekeken of de gemeenteraad zijn verantwoordelijkheid heeft opgepakt en de raad en het college het debat voeren over het onderwerp.

Als ambtelijke interventie niet tot een oplossing leidt, wordt met de wethouder en het college contact opgenomen om te bewerkstelligen dat het beleid en of de uitvoering wordt aangepast. Mocht een college daartoe niet bereid zijn, dan benader ik het college schriftelijk met een afschrift aan de gemeenteraad.

Indien de beleidswijzigingen niet afdoende zijn gelet op de vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep en de kaders van de Wmo 2015, en de gemeenteraad haar horizontale verantwoordelijkheid niet neemt, kan ik een aanwijzing geven in het kader van het interbestuurlijk toezicht. Zo heb ik het voornemen tot het geven van een aanwijzing uitgesproken tegen de gemeente Katwijk en drie Drentse gemeenten (Aa en Hunze, Assen en Tynaarlo).

Tot op heden heeft dit alles niet geleid tot de noodzaak daadwerkelijk over te gaan tot het geven van een bestuurlijke aanwijzing in de zin van artikel 2.6.8 Wmo 2015.

Vraag 513

Hoeveel overhead kosten berekenen gemeenten gemiddeld voor de inkoop van zorg in het kader van de WMO en Jeugdwet?

Antwoord:

Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over de overheadkosten die gemeenten berekenen over de inkoop van zorg in het kader van de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Vraag 514

Hoeveel overheadkosten berekenen gemiddeld instellingen die werken vanuit de WMO en de jeugdzorg?

Antwoord:

Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over de overheadkosten van instellingen die werken vanuit de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Vraag 515

Hoeveel verordeningen zijn vernietigd als het gaat om de Wmo 2015?

Antwoord:
Er zijn geen op grond van de Wmo 2015 vastgestelde verordeningen vernietigd.

Vraag 516

In hoeveel en welke gemeenten worden nog alfahulpen ingezet?

Antwoord:

Alfahulpen kunnen enkel worden ingezet door gemeentelijke cliënten met een persoonsgebonden budget. Gemeenten zijn daar herhaaldelijk op gewezen. Ik beschik niet over gegevens over het aantal en welke gemeenten nu nog alfahulpen inzetten.

Vraag 517

Hoeveel en welke gemeenten hanteren nog alfacheques?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 516.

Vraag 518

Wat kost de Wmo jaarlijks uitgesplitst in huishoudelijke verzorging, vervoer en hulpmiddelen?

Antwoord:

De gemeenten moeten via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aanleveren over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven. Dit lv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en binnen het systeem kan overlap bestaan tussen de registratie van Wmo en andere gemeentelijke taken. De gevraagde uitsplitsing kan daarom niet worden gemaakt.

Vraag 519

Kunt u in een tabel aangeven wat de bezuinigingen zijn op de huishoudelijke verzorging, begeleiding en dagbesteding vanaf 2016 t/m 2017?

Antwoord:

	2016	2017
Bedrag bezuiniging huishoudelijke verzorging exclusief budgettaire mutaties waaronder de HHT-middelen, vernieuwingsmiddelen en extramuraliseringsmiddelen	€ 610 miljoen	€ 610 miljoen
Bedrag bezuiniging individuele begeleiding en dagbesteding exclusief budgettaire mutaties waaronder de Wlz- indicerbare en extramuraliseringsmiddelen	€ 708 miljoen	€ 723 miljoen

NB: deze cijfers zijn dus niet cumulatief.

Vraag 520

Hoeveel is er minder bezuinigd op de huishoudelijke verzorging, dagbesteding en begeleiding?

Antwoord:

De oorspronkelijke taakstelling op het budget voor huishoudelijke verzorging conform het Regeerakkoord uit 2012 bedroeg 75% (absoluut in 2014 € 89 miljoen, in 2015 € 975 miljoen en structureel vanaf 2016 € 1.140 miljoen). In het Zorgakkoord 2013 is de taakstelling verlaagd ten opzichte van de absolute korting in het Regeerakkoord tot structureel 40% (absoluut in 2015 € 465 miljoen, structureel vanaf 2016 € 610 miljoen). In de begroting 2014 van VWS is de korting van € 89 miljoen in 2014

teruggedraaid. In de genoemde bedragen vanaf 2015 is geen rekening gehouden met budgettaire mutaties zoals de HHT-middelen, vernieuwingsmiddelen en extramuraliseringsmiddelen. Als we dat wel meenemen, dan bedraagt het kortingspercentage circa 26% in 2015.

De oorspronkelijke taakstelling op het budget voor individuele begeleiding en dagbesteding conform het Regeerakkoord uit 2012 bedroeg 25% (inclusief persoonlijke verzorging absoluut in 2014 € 290 miljoen oplopend tot structureel € 1.700 miljoen vanaf 2018). Door het overgangsrecht Wlz (zorg thuis met indicatie verblijf), verschuivingen naar de Zvw en de Jeugdwet, de correctie voor intramurale dagbesteding en de compensatiebedragen van het VNG akkoord (€ 200 miljoen) en het Begrotingsakkoord 2014 (€ 195 miljoen) bedroeg het kortingspercentage in 2015 11% (absoluut in 2015 € 654 miljoen). De absolute korting naar de genoemde correcties bedraagt in 2016 € 708 miljoen en in 2017 € 723 miljoen. In de genoemde bedragen is geen rekening gehouden met budgettaire mutaties zoals de Wlz-indiceerbare en extramuraliseringsmiddelen.

Vraag 521

Hoeveel mensen zijn er geherindiceerd afgelopen jaar en hoeveel mensen hebben minder uren/meer uren/dezelfde uren gekregen? zowel voor Wlz als Wmo zorg.

Antwoord:

Het CIZ heeft in het jaar 2016 ruim 88.000 positieve Wlz-besluiten afgegeven en bijna 35.000 besluiten voor de subsidieregelingen waarvoor het CIZ taken uitvoert. Het CIZ indiceert de Wlz-zorg in termen van zorgprofielen. Deze zorgprofielen kennen geen aanduidingen meer van het aantal uren. Er is dan ook niet aan te geven of de cliënten aanspraak hebben gekregen op meer of minder uren zorg. Er is geen landelijk overzicht van het aantal herbeoordelingen (en de uitkomsten daarvan) bij de gemeenten in het kader van de Wmo 2015.

Vraag 522

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn in 2014, 2015, 2016 en 2017 gekort in hun loon?

Antwoord:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie.

Vraag 523

Hoe ziet de verdeelsleutel eruit voor de uitkering in het gemeentefonds van gemeenten voor de Wmo, beschermd woonvormen en de jeugdzorg?

Antwoord:

De middelen die gemeenten ontvangen voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet worden verstrekt via verschillende verdeelmodellen. De middelen die gemeenten ontvangen via de integratie-uitkering Sociaal domein, de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging, de decentralisatie-uitkeringen maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, en de algemene uitkering worden objectief verdeeld. Dit betekent dat het budget wordt verdeeld volgens de verwachte kosten die gemeenten zullen maken op grond van hun objectieve structuurkenmerken (demografisch, sociaaleconomisch, gezondheid, fysiek en (sociaal-)geografisch) ten behoeve van de uitvoering van de verantwoordelijkheden zoals deze in Wmo 2015 en de Jeugdwet zijn opgenomen. Voor het budget dat gemeenten ontvangen voor beschermd wonen geldt dat dit momenteel – in afwachting van een nieuw verdeelmodel – wordt verdeeld op basis van een historische reconstructie. Het budget voor voogdij en 18+ (als

onderdeel van het macrobudget Jeugdhulp) wordt, totdat het woonplaatsbeginsel in de Jeugdwet is aangepast, verdeeld op basis van werkelijk zorggebruik. Ten behoeve van deze verdeling wordt gebruik gemaakt van de Beleidsinformatie Jeugd van CBS.

Vraag 524

Hoeveel en welke thuiszorgorganisaties zijn in 2015, 2016 en 2017 failliet gegaan?

Antwoord:

Ik heb geen overzicht van thuiszorgorganisaties die in 2015, 2016 en 2017 failliet zijn gegaan.

Vraag 525

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zijn er in 2015, 2016 en 2017 ontslagen?

Antwoord:

Ik beschik niet over ontslagcijfers specifiek voor de thuiszorg. De monitor sectorplannen 2016 bevat wel gegevens over ontslag via het UWV voor de sector verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) als geheel.

Vraag 526

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zijn geconfronteerd met loondump?

Antwoord:

Ik beschik niet over de gevraagde informatie.

Vraag 527

Hoeveel is er uitgegeven aan de Wmo vanaf 2010 t/m 2017?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht voor de jaren 2010 t/m 2016 van de gemeentelijke uitgaven geboekt als uitgaven aan de Wmo:

Jaar	Uitgaven Wmo
2010	€ 3.724 miljoen
2011	€ 3.705 miljoen
2012	€ 3.684 miljoen
2013	€ 3.501 miljoen
2014	€ 3.485 miljoen
2015	€ 4.108 miljoen (Wmo) en € 3.781 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)
2016	€ 4.129 miljoen (Wmo) en € 3.635 miljoen (onverdeeld Wmo en Jeugd)

Bron: CBS, op basis van gemeentelijke rekeningcijfers lv3 (lv3: Informatie voor derden, het format voor gemeenten op basis van het Besluit begroting en verantwoording provincies en gemeenten); voor 2016 voor correctie.

Vanwege de decentralisaties zijn per 2015 de lv3-functies voor het sociaal domein gewijzigd. Een aantal nieuwe lv3-functies betreft zowel de Wmo als Jeugd. Daarom is in bovenstaande tabel voor 2015 en 2016 een bedrag «onverdeeld Wmo en Jeugd» opgenomen.

Om beter aan te sluiten bij de gemeentelijke praktijk zijn per 2017 de lv3-functies vervangen door lv3-taakvelden. De Wmo slaat vooral neer in de volgende taakvelden:

Gemeentelijke taakveld	Begrote uitgaven 2017
Samenkracht en burgerparticipatie/wijkteams	€ 2.719 miljoen
Maatwerkvoorziening (Wmo)	€ 560 miljoen
Maatwerkdienstverlening 18+	€ 2.500 miljoen
Geëscaleerde zorg 18+	€ 1.941 miljoen

Bron: CBS, op basis van gemeentelijke begrotingscijfers lv3.

Door de overgang naar taakvelden vertegenwoordigen de bedragen niet meer hetzelfde als tot en met 2016. Ook wordt in tegenstelling tot en met 2016 de gemeentelijke overhead niet meer door de individuele gemeenten zelf opgesplitst en toegerekend aan de verschillende lv3-functies, maar in zijn geheel door de gemeenten op een afzonderlijk taakveld voor de totale overhead geboekt.

Vraag 528

Hoeveel is er bezuinigd op de Wmo vanaf 2006 t/m 2017?

Antwoord:

Bij de inwerkingtreding van de Wmo in 2007 is uitgegaan van uitgaven in de AWBZ en is geen bezuiniging doorgevoerd. Vanaf 2010 is rekening gehouden met een efficiencywinst van € 50 miljoen structureel in verband met de mogelijkheid voor gemeenten om individuele voorzieningen op collectieve wijze te verstrekken. Voor de doorgevoerde bezuinigingen van 2015 tot en met 2017 verwijs ik naar het antwoord op vraag 520.

Vraag 529

Hoeveel is er bezuinigd op de huishoudelijke verzorging vanaf 2006 t/m 2017?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 528.

Vraag 530

Hoeveel is er bezuinigd op dagbesteding en begeleiding vanaf 2015?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 520.

Vraag 531

Hoeveel is er bezuinigd op het budget van beschermd woonvormen?

Antwoord:

Er is van 's Rijkswege geen bezuiniging doorgevoerd op het budget voor beschermd wonen.

Vraag 532

Welke gemeenten hanteren te lage tarieven voor huishoudelijke verzorging?

Antwoord:

Ik heb geen integraal overzicht van de door gemeenten gecontracteerde huishoudelijke verzorging en de daarbij overeengekomen tarieven.

Vraag 533

Hoeveel dagbestedingslocaties zijn er? Hoeveel dagbestedingslocaties zijn gesloten in 2015, 2016 en 2017?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor een passend aanbod aan voorzieningen van maatschappelijke ondersteuning in hun gemeenten. Ik beschik niet over gegevens hoeveel dagbestedingslocaties er zijn en ook niet over hoeveel zijn gesloten in 2015, 2016 en 2017.

Vraag 534

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zitten momenteel nog steeds zonder werk?

Antwoord:

Ik beschik niet over de informatie over hoeveel (voormalige) thuiszorgmedewerkers zonder werk zitten. De monitor sectorplannen (zie ook het antwoord op vraag 525) bevat wel gegeven over het aantal WW-uitkeringen voor de sector verpleging, verzorging en thuiszorg als geheel.

Vraag 535

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

Antwoord±

Ik beschik niet over het overzicht van door gemeenten verstrekte Wmo-voorzieningen voor huishoudelijke verzorging uitgesplitst in het aantal uren en de aanpassingen daarin.

Vraag 536

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 572.

Vraag 537

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

Antwoord:

Ik heb gemeenten bij brief van 6 juni 2016 opgeroepen de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep zorgvuldig te bestuderen en te beoordelen of deze aanleiding geven tot aanpassing van lokaal beleid. Ik beschik niet over een landelijk overzicht van de uitkomsten van deze analyse door gemeenten. Ik beschik evenmin over een landelijk overzicht van gemeenten die hun beleid als gevolg van de uitspraken hebben aangepast.

Vraag 538

Wat waren de uitvoeringskosten van de Wmo 2015?

Antwoord:

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

Vraag 539

Met hoeveel procent is de bureaucratie in de Wmo toegenomen? Welke bedrag is hiermee gemoeid?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 153.

Vraag 540

Hoeveel zorgwoningen zijn er in Nederland?

Antwoord:

Er bestaat geen eenduidige definitie van een zorgwoning. Dat komt omdat de doelgroep van mensen met een zorgbehoefte zeer divers is. Er is een breed palet aan aandoeningen die elk om andere aanpassingen vragen (iemand met dementie heeft andere woningaanpassingen nodig dan iemand die in een rolstoel zit), de zorgzwaarte van mensen varieert en de woonwensen verschillen. De enige definitie van zorgwoningen die is vastgelegd bestaat in het woningwaarderingssysteem (WWS).

«Zorgwoning» is volgens het WWS een aanduiding van een type woning waarvoor een toeslag van 35% op het puntentotaal mag worden gegeven. Deze dienen onder andere over algemene ruimten te beschikken en er dient een noodoproepinstallatie te zijn. Het aantal woningen dat hier aan voldoet wordt niet landelijk bijgehouden.

Vraag 541

Hoe groot is het tekort van het aantal zorgwoningen?

Antwoord:

Zoals in het antwoord op vraag 540 is aangegeven, wordt het aantal zorgwoningen niet landelijk bijgehouden. Om deze reden is er ook geen inschatting te maken van een verschil tussen vraag en aanbod van deze zorgwoningen.

Vraag 542

Hoeveel mensen zijn langer thuis blijven wonen sinds de decentralisaties?

Antwoord:

Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over hoeveel mensen langer thuis zijn blijven wonen sinds decentralisaties.

Vraag 543

Welke gemeenten hebben de huishoudelijke hulp toelage ingezet en bij welke gemeenten ligt dit geld op de plank?

Antwoord:

De oorspronkelijke voorwaarden zoals opgenomen in de Informatiekaart Huishoudelijke Hulp Toelage zijn destijds verruimd.

Ik beschik niet over de gevraagde informatie. De verantwoording over de inzet van deze middelen vindt plaats aan de gemeenteraad, waardoor ik geen overzicht heb van hoeveel gemeenten deze huishoudelijke hulp toelage, in welke mate, hebben ingezet.

Vraag 544

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

Antwoord:

Gemeenten kunnen op verschillende wijzen maatregelen nemen om mensen met hoge zorgkosten te compenseren, zowel collectief als op individueel niveau (o.a. collectieve zorgverzekering voor minima, verlaging parameters eigen bijdrage, tegemoetkoming aannemelijke meerkosten, bijzondere bijstand). Er is geen landelijke overzicht beschikbaar van alle instrumenten en (aantallen) tegemoetkomingen aan mensen met hoge zorgkosten per gemeente.

Vraag 545

Hoe vinden de herverdelingseffecten plaats voor de Wmo en welk bedrag is hiermee gemoeid?

Antwoord:

In een bestuurlijk overleg met de VNG op 28 augustus 2017 zijn afspraken gemaakt over een beperkt aantal mutaties tussen (onderdelen van) de VWS-begroting en de Wmo-middelen van het Gemeentefonds. In de Septembercirculaire Gemeentefonds 2017 zijn deze mutaties tussen het Gemeentefonds en de VWS-begroting overzichtelijk weergegeven in hoofdstuk 3. Zie hiervoor:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/circulaires/2017/09/19/septembercirculaire-gemeentefonds-2017>

Vraag 546

Kunt u een overzicht geven van de herverdelingseffecten tussen de Wmo en de Wlz en welke bedragen hiermee gemoeid zijn?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 545.

Vraag 547

Hoeveel is er precies bezuinigd op tegemoetkomingen voor chronisch zieken en mensen met een beperking tussen 2006 en 2017? Kunt u hiervan uw duiding geven?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 141.

Vraag 548

Hoeveel gemeenten hebben een regeling opgesteld voor mensen die hoge zorgkosten hebben en welke gemeenten hebben deze regeling niet opgesteld?

Antwoord:

Gemeenten kunnen op verschillende wijzen maatregelen nemen mensen met hoge zorgkosten te compenseren, zowel collectief als op individueel niveau (o.a. collectieve zorgverzekering voor minima, verlaging parameters eigen bijdrage, tegemoetkoming aannemelijke meerkosten, bijzondere bijstand). Er is geen landelijke overzicht beschikbaar van alle instrumenten en (aantallen) tegemoetkomingen aan mensen met hoge zorgkosten per gemeente.

Vraag 549

Hoeveel behandelstops hebben van 2012 t/m 2017 plaatsgevonden in de wijkverpleging, uitgesplitst per zorgaanbieder en per jaar?

Antwoord:

Zoals ik heb gemeld in mijn antwoord op vraag 32 beschik ik niet over informatie met betrekking tot het aantal patiënten- of cliëntenstops dat wordt ingesteld. Dit geldt ook voor de wijkverpleging.

Vraag 550

Hoeveel mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

In Nederland geven ruim 4 miljoen mensen mantelzorg. Ook 1 miljoen vrijwilligers dragen hun steentje bij rondom zorg en ondersteuning. Deze

cijfers dateren uit 2014 (SCP); eind 2017 wordt een nieuw SCP rapport over informele hulp verwacht.

Vraag 551

Hoeveel overbelaste mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

Uit recente cijfers van het CBS (2016) blijkt dat 1 op de 7 mantelzorgers zich zwaar of overbelast voelt. Het SCP komt met een andere definitie uit op 1 op de 10.

Vraag 552

Wat zijn de laatste recente cijfers van mantelzorg?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 550.

Vraag 553

Hoeveel vrijwilligers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

Uit het tweejaarlijks onderzoek Geven in Nederland 2015 blijkt dat in 2014, 37% van de Nederlanders minstens één keer per jaar vrijwilligerswerk deed voor een maatschappelijke organisatie (R. Bekkers & T Schuyt & B. Gouwenberg, GIN 2015). In 2015 berekende het CBS dat 49% van de Nederlanders minimaal een keer per jaar vrijwilligerswerk verricht. Eind dit jaar komen het SCP en het CBS met meer recente cijfers.

Vraag 554

Hoeveel vrijwillige mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 550.

Vraag 555

Hoeveel respijtoorzieningen en logeeropvanghuizen zijn er in Nederland?

Antwoord:

Deze cijfers worden landelijk niet bijgehouden. Het is aan gemeenten om dit in te kopen of te regelen.

Vraag 556

Zijn het aantal respijtoorzieningen in 2016 gestegen, gelijk gebleven of gedaald en wat is uw duiding hierop?

Antwoord:

Deze cijfers worden landelijk niet bijgehouden.

Vraag 557

Hoe vaak worden mantelzorgers ingezet als vervanging van professionele zorg?

Antwoord:

Deze cijfers worden zowel op gemeentelijk als landelijk niveau niet bijgehouden.

Vraag 558

Hoeveel zwerfjongeren telt Nederland nu en hoeveel opvangplekken hebben wij voor deze zwerfjongeren?

Antwoord:

Onder zwerfjongeren worden verstaan de feitelijk of residentieel daklozen tussen de 18 en 27 jaar met meervoudige problemen. De schatting is dat het om meer dan 9.000 jongeren gaat. Op dit moment voert bureau Labyrinth onderzoek uit naar o.a. het aantal zwerfjongeren in Nederland. Dit onderzoek is naar verwachting eind 2017 beschikbaar. Er is geen landelijk beeld van het aantal opvangplekken voor zwerfjongeren.

Vraag 559

Hoeveel opvangplekken zijn afgelopen jaren gesloten?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk afdoende opvangplekken in te kopen, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. De capaciteit en het aantal locaties fluctueert daarmee en kan ook variëren door het jaar heen. Er is geen centrale registratie van het aantal plekken dat is ingekocht, noch van een toe- of afname daarvan.

Vraag 560

Hoeveel gezinnen zijn in 2017 op straat beland, wat is hier de voornaamste reden van?

Antwoord:

Gemeenten zijn verplicht om dak- en thuislozen die zich bij hen melden op te vangen. Dat geldt zeker ook voor gezinnen. Zoals gemeld in de brief van 3 juli jl. wil ik ook beter zicht krijgen op de aantallen en bekijk ik met betrokken partijen of structurele monitoring m.b.t. de maatschappelijke opvang via de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein plaats kan vinden. Omdat op zijn vroegst in de zomer van 2018 een eerste uitvraag bij gemeenten en/of zorginstellingen zal worden gedaan, heb ik de Federatie Opvang gevraagd eind 2017 een rapportage «Cijfers maatschappelijke opvang» op te leveren. Op mijn verzoek bekijkt de Federatie Opvang of ook het aantal gezinnen in de opvang een plek in die rapportage kan krijgen. Daarnaast zal de Federatie Opvang op mijn verzoek kwalitatief onderzoek uitvoeren om een verklaring te kunnen geven voor eventuele wijzigingen (stijgingen of dalingen) in het gebruik van de maatschappelijke opvang.

Vraag 561

Hoeveel opvangplekken zijn er voor gezinnen en is dit voldoende?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 559.

Vraag 562

Zijn er voor zwerfjongeren en daklozen voldoende aansluitingsmogelijkheden naar werk, wonen en zorg? Wat is hiervan de huidige capaciteit?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk om voor zowel zwerfjongeren als daklozen te zorgen voor voldoende aansluitingsmogelijkheden naar werk, wonen en zorg. De exacte capaciteit hiervan wordt landelijk niet bijgehouden. Centraal staat passend maatwerk per individu. Het onderzoek van Labyrinth, waar ik in vraag 558 naar verwees, zal inzicht geven in de mogelijkheden om de toeleiding van (ex-)zwerfjongeren met schulden naar werk of onderwijs te verbeteren.

Vraag 563
Hoeveel locaties maatschappelijke opvang zijn er in Nederland?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 559.

Vraag 564
Hoeveel locaties vrouwelijke opvang zijn er in Nederland?

Antwoord:
Er zijn geen landelijke cijfers over aantallen opvangplekken voor vrouwen die per gemeente beschikbaar zijn. Er is een landelijk dekkend stelsel van vrouwenopvang met landelijke toegankelijkheid. Het landelijk stelsel vrouwenopvang garandeert dat deze slachtoffers, indien nodig, directe en veilige opvang en hulp bij herstel krijgen, 7 maal 24 uur. Alle 35 centrumgemeenten vrouwenopvang hebben opvangvoorzieningen. Die wordt geboden door 21 rechtspersonen. Het aanbod dat zij bieden varieert van crisisbedden, safe houses (bij ernstige bedreiging) tot ambulante hulpverlening.

Vraag 565
Hoeveel opvanglocaties zijn er totaal in Nederland?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 559.

Vraag 566
Hoeveel wachtlijsten zijn er voor maatschappelijke opvang en vrouwencentra?

Antwoord:
Er worden geen wachtlijsten voor maatschappelijke opvang en vrouwen-centra bijgehouden op landelijk niveau.

Vraag 567
Wat is de huidige capaciteit voor opvangcentra, welke tekorten zijn er en in welke regio's?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 559.

Vraag 568
Wat zijn de negen thema's en zeven randvoorwaardelijke knelpunten in het programma Sociaal Domein?

Antwoord:
Het Programma Sociaal Domein bestaat nu uit 14 verbetertrajecten gericht op het wegnemen van de dilemma's en knelpunten die gemeenten en Rijk in de dagelijkse praktijk tegen komen:

1. Inzet op jong volwassenen / adolescenten: 18-/18+
2. Maatwerk en levensbrede ondersteuning voor kwetsbare groepen (waaronder mensen met een licht verstandelijke beperking)
3. Zorg en veiligheid
4. Kwetsbare jongeren naar school of werk
5. Terugdringen van gezondheidsverschillen: via een versterkte samenwerking tussen Publieke Gezondheid en het sociaal domein
6. Basis van de arbeidsmarkt
7. Inzet op Samenwerking zorgverzekeraars, rijk en gemeenten
8. Versterken sociale basis
9. Werken aan nieuwe vormen van integraal toezicht

10. Doorontwikkeling van het opdrachtgeverschap van gemeenten
11. Vernieuwen van wijzen van verantwoording en rapporteren
12. Uitwisseling persoonsgegevens en privacy (UPP)
13. Rol gemeenteraad
14. Doorontwikkeling kennis- en leerinfrastructuur

Vraag 569

Hoe zijn deze thema's en knelpunten tot stand gekomen?

Antwoord:

Het afgelopen jaar heeft het Ministerie van BZK samen met de VNG, het Netwerk directeuren sociaal domein (NDSO), gemeenten en de Ministeries van SZW, VWS, OCW en V&J het Programma Sociaal Domein ontwikkeld. In het Programma zijn we gestart bij de leefwereld van inwoners – daar waar de knelpunten als eerste worden waargenomen. Wat gaat er mis, waar worden de knelpunten door veroorzaakt en hoe komen we gezamenlijk tot een oplossing en wat gaat er goed en wat kunnen we benutten. We hebben de knelpunten samen in kaart gebracht, organiseren een netwerk van betrokken partijen om ze te analyseren en tot een oplossing te komen. Bij de aanvang van het Programma is op basis van een eerste analyse gestart met een aantal «knelpunten en dilemma's» uit de uitvoeringspraktijk die domeinoverstijgend zijn en zowel op Rijks- als gemeente niveau spelen. Deze knelpunten hebben niet alleen betrekking op de drie decentralisaties. Een verbinding met veiligheid, passend onderwijs, publieke gezondheid, wonen en schuldhulpverlening is nodig om samen tot een effectieve aanpak van belemmeringen te komen.

Vraag 570

Het programma Sociaal Domein moet leiden tot «een voor de cliënt merkbaar betere uitvoeringspraktijk». Op basis van welke factoren bepaalt u of dit het geval is?

Antwoord:

Het Programma Sociaal Domein is gericht op de volgende fase bij de decentralisatie waarbij de transformatie meer centraal staat, zoals vraaggericht en integraal werken. Jaarlijks in het najaar ontvangt de Kamer een rapportage over de voortgang van het Programma. In dat kader zal worden ingegaan op knelpunten in de uitvoeringspraktijk en op gevonden oplossingen.

Vraag 571

Hoeveel extra tijd zal het wetsvoorstel in het kader van het terugdringen van administratieve lasten medewerkers opleveren?

Antwoord:

Het beoogde doel van de maatregelen die ik op 30 maart 2017 (TK 29 515, nr. 401) naar de Tweede Kamer heb gezonden is dat professionals meer tijd krijgen voor zorg en minder tijd kwijt zijn aan bureaucratie. Het kwantificeren van deze maatregelen in extra tijd voor medewerkers is niet mogelijk omdat iedere zorgaanbieder zijn eigen organisatie op een andere manier inricht en de uitgewerkte maatregelen op een andere wijze implementeert.

Vraag 572

Hoeveel mensen wonen er in een beschermde woonvorm?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 104.

Vraag 573

Hoe staat het met het wetsvoorstel en ministeriële regeling om informatiestandaarden te (kunnen) verplichten? Welke problemen worden opgelost met dit wetsvoorstel en deze regeling? Welke uitdagingen ten aanzien van gelddruk/ administratieve lasten blijven er over?

Antwoord:

Zie het antwoord op de vragen 247.

Vraag 574

Biedt de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) ruimte om aanbod voor mensen met psychische problemen (niet zijnde Beschermd Wonen) te financieren?

Antwoord:

Op grond van de Wmo 2015 dienen gemeenten maatschappelijke ondersteuning gericht op zelfredzaamheid en participatie te bieden aan mensen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen. De Wmo 2015 biedt dus ruimte om – daar waar mogelijk en passend – de ondersteuning voor mensen met psychische problemen te financieren. Daarnaast geldt dat de middelen die gemeenten voor de uitvoering van de Wmo 2015 ontvangen niet geoormerkt zijn.

Vraag 575

In hoeveel gemeenten is er aanbod voor mensen met psychische problemen (niet zijnde Beschermd Wonen) gefinancierd vanuit de Wmo?

Antwoord:

Op grond van de Wmo 2015 dienen gemeenten maatschappelijke ondersteuning gericht op zelfredzaamheid en participatie te bieden aan mensen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen. Gemeenten zijn verantwoordelijk om afdoende aanbod hiervoor te realiseren. Er is geen centrale registratie van het aanbod. Het Rijk beschikt dan ook niet over deze gegevens.

Vraag 576

Wanneer ontvangt de Kamer informatie over de totstandkoming van het nieuwe verdeelmodel voor de budgetten van beschermd wonen, maatschappelijke opvang en de nieuwe taken van de Wmo 2015?

Antwoord:

Op dit moment is Cebeon bezig met de ontwikkeling van het nieuwe verdeelmodel. Eind 2017 zal de Tweede Kamer geïnformeerd worden over de uitkomsten van het onderzoek van Cebeon en het vervolg proces.

Vraag 577

Wat kost het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) jaarlijks?

Antwoord:

Op pagina 72 van de ontwerpbegroting 2018 – in de tabel budgettaire gevolgen van beleid – zijn de jaarlijkse (begrote) kosten voor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vanaf 2016 zichtbaar.

Vraag 578

Hoeveel klachten en bezwaren heeft het CIZ afgelopen jaar gekregen en hoeveel bedroeg dat in voorgaande jaren? Op welke zaken kwamen voornamelijk klachten en bezwaren binnen?

Antwoord:

Klachten 2016

In 2016 zijn bij het CIZ 122 klachten ingediend. Daarvan was op het moment van het vaststellen van het jaarverslag over 2016 een 100-tal afgehandeld, waren er 13 in behandeling, bleken er 7 niet voor het CIZ bestemd en werden er 2 ingetrokken. Klachten hadden betrekking op de bejegening, de bereikbaarheid, de lange afhandeltermijn en de BOPZ-procedure.

Bezwaren 2016

In 2016 is 1.998 keer bezwaar aangetekend tegen een afgegeven indicatiebesluit.

Daarvan werden 444 bezwaren gegrond verklaard en 1.554 ongegrond. Cliënten dienen bezwaar in omdat zij niet worden toegelaten tot de Wlz of omdat zij een ander zorgprofiel geïndiceerd krijgen dan zij hadden gehoopt.

Klachten 2015

In 2015 zijn 141 klachten ingediend. Daarvan zijn er 117 afgehandeld door het CIZ, 4 door een ander dan het CIZ, zijn 16 nog in behandeling op het moment van vaststellen van het jaarverslag over 2015, is 1 klacht doorgestuurd naar de Nationale ombudsman en zijn drie klachten ingetrokken. Klachten richten zich op bejegening, op het indicatieproces en procedures (ingangdatum besluit, afhandelingstermijn) en op de BOPZ.

Bezwaren 2015

In totaal zijn 3.405 bezwaren ingediend, waarvan ongeveer de helft gegrond werd verklaard.

Verder teruggaan in de tijd levert een vertekend beeld op aangezien in 2014 en voorgaande jaren de AWBZ nog van kracht was en zowel de indicatiecriteria als ook procedures wezenlijk anders waren. Klachten en bezwaren uit die periode zijn zodoende niet vermeld.

Vraag 579

Wat zijn de opbrengsten indien het CIZ wordt afgeschaft en de indicatiestelling wordt teruggegeven aan professionele zorgverleners? Is de regering bereid deze besparingsmogelijkheid in de zorg te onderzoeken?

Antwoord:

Zoals in antwoord op de vragen 232 van de schriftelijke vragen over de begroting 2016 (TK 34 300 XVI, nr. 12) en 436 van de schriftelijke vragen over de begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11) is aangegeven zullen de kosten van de indicatiestelling naar verwachting niet lager zijn als die op dezelfde toegangscriteria is gebaseerd en op uniforme wijze wordt uitgevoerd door zorgprofessionals in plaats van door het CIZ. Het kabinet hecht overigens aan centrale indicatiestelling zodat het recht op zorg gefinancierd op basis van de Wlz eenduidig, onafhankelijk en integraal kan worden vastgesteld.

Vraag 580

Hoeveel personen maken gebruik van Valysvervoer, leerlingvervoer en zittend ziekenvervoer?

Antwoord:

Valys: Er zijn (juni 2017) bijna 430.000 pashouders. Hiervan hebben bijna 10.000 pashouders een Hoog Persoonlijk Kilometer Budget. Niet alle pashouders zijn actief. Of pashouders actief gebruik maken van Valys

heeft met verschillende aspecten te maken, zoals bijvoorbeeld hun eigen gezondheid en de gezondheid van vrienden en familie.

Leerlingenvervoer: In totaal maakten in schooljaar 2014/15 73.000 leerlingen gebruik van de regeling leerlingenvervoer. Bron: monitor leerlingenvervoer die eens per 2 jaar wordt uitgevoerd.

Van het zittend ziekenvervoer zijn geen aantallen bekend, wel de kosten. In 2016 gaat het om een bedrag van € 111,2 miljoen. Bron: Zorginstituut NL.

Vraag 581

Hoeveel klachten en bezwaren heeft Valys in 2017 ontvangen en hoe verhoudt dit zich tot voorgaande jaren? Is hierin een trend waarneembaar?

Antwoord:

Zie bijgevoegde tabel voor een overzicht van het aantal klachten, het aantal gegrond verklaarde klachten en het aantal dat in beroep is gegaan. De klachten zijn alle afgehandeld.

	Aantal ritten	Aantal klachten	Gegrond verklaard	In beroep
2012	945.692	5.446	3.721	0
2013	973.941	5.366	3.874	0
2014	993.101	8.864	4.714	9
2015	960.683	7.171	4.578	7
2016	965.334	5.018	4.314	4

In 2017 zijn er dusver (over het eerste kwartaal) 870 klachten ontvangen.

Veruit het grootste deel van de klachten (zowel gegrond als ongegrond) gaat over de ophaal- of aankomst tijd en over de reistijd. Daarnaast gaat vanaf 2014 ook een groot aantal klachten over het combineren van ritten.

Het aantal klachten, evenals de inhoud van de klachten is over het algemeen constant. In 2014 is het aantal klachten toegenomen. Sinds 2015 neemt het aantal klachten weer af.

De stijging in 2014 is een aantal wijzigingen te wijten. Het betreffende jaar, 2014, was namelijk een transitiejaar waarin van uitvoerder is gewisseld. Ook zijn, in afstemming met betrokken partijen, in 2014 een aantal spelregels gewijzigd. Dit heeft tot een toename in het aantal klachten over het combineren van ritten in zowel 2014 als 2015 geleid. Daarnaast is het sinds 2014 eenvoudiger om een klacht in te dienen. Tot 2013 was het enkel mogelijk om schriftelijk klachten in te dienen. Dit kan nu ook telefonisch of via de website.

Vraag 582

Hoeveel personen maken gebruik van vervoer van- en naar dagbesteding?

Antwoord:

Dit wordt niet apart geregistreerd in termen van personen. Een globale inschatting op basis van productieafspraken van de NZa, is dat in de huidige Wlz rond de 25.000 personen gebruik maken van vervoer van en naar de dagbesteding en behandeling.

Vraag 583

Hoeveel mensen moeten onterecht een eigen bijdrage betalen van vervoer van- en naar de dagbesteding?

Antwoord:

Uiteraard dient niemand een onterechte eigen bijdrage te betalen. Iedereen die daarvoor is geïndiceerd heeft recht op passende dagbesteding en vervoer. Indien mensen naar hun idee onterecht om een eigen bijdrage wordt gevraagd, kunnen zij dat eerst met de instelling bespreken. Komen zij daar niet uit dan kunnen zij dat aan de klachtencommissie van de instelling voorleggen. Verder heeft de NZa een meldpunt voor onterechte betalingen (<https://www.nza.nl/organisatie/Contact/Meldpunt>).

Vraag 584

Valt begeleiding bij vervoer van- en naar de dagbesteding onder de huidige bekostiging of dienen mensen dit zelf te betalen?

Antwoord:

Het is de taak van de zorgaanbieder om passende dagbesteding en passend vervoer te regelen, zo nodig met begeleiding. Een eigen bijdrage is enkel aan de orde indien een cliënt ondanks het passende aanbod andere wensen heeft en hierover afspraken maakt met de zorgaanbieder.

Vraag 585

Hoe verloopt de uitvoering van de kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg en de implementatie van het nieuwe kwaliteitskader gehandicaptenzorg?

Antwoord:

De uitvoering van de kwaliteitsagenda heeft in 2017 goed vorm gekregen en de meeste acties, waarbij het vaak gaat om meerjarige trajecten, zijn inmiddels op streek. Het gaat onder meer om activiteiten op het terrein van cliëntondersteuning, medezeggenschap, opleidingen en complexe zorgvragen. Het uitgangspunt van de kwaliteitsagenda is dat kwaliteit ontstaat in het samenspel tussen cliënten, verwanten en professionals. Om dit zichtbaar te maken zal begin november de website ikdoemee.nl worden gelanceerd om de verhalen van cliënten, professionals en verwanten in de gehandicaptenzorg te delen (in beeld en geluid). Het wordt een voor iedereen toegankelijk platform, waar verbinding gemaakt wordt tussen mensen, maar ook tussen verschillende initiatieven in de gehandicaptenzorg. In mijn brief van 6 juli 2017 (TK 2016–2017, 24 170, nr. 162) over diverse onderwerpen in de gehandicaptenzorg, waaronder de kwaliteitsagenda, heb ik u toegezegd in het voorjaar van 2018 opnieuw te informeren over de voortgang van de uitvoering van de kwaliteitsagenda.

Ten aanzien van het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017–2022 geldt dat dit kader in mei 2017 in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland is opgenomen. In eerste instantie zijn veldpartijen zelf verantwoordelijk voor het toepassen van het kader. De kwaliteitsagenda bevat een aantal activiteiten die zorgaanbieders ondersteunen om te kunnen voldoen aan het kwaliteitskader. Over deze activiteiten vindt afstemming plaats in de Stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

Vraag 586

Kunt u toelichten hoe de € 0,5 miljoen voor psychofarmacagebruik wordt besteed? Kan deze besteding worden uitgesplitst naar intra- en extramurale zorg?

Antwoord:

Zoals aangekondigd in de brief aan uw Kamer d.d. 26 juni 2015 (TK 2014–2015, 31 996 nr. 73) worden genoemde middelen vooral ingezet om het oneigenlijk gebruik van psychofarmaca te verminderen in intramurale zorginstellingen. Dit als uitwerking van de motie van de leden Leijten en

Krol (TK 2014–2015, 33 891, nr. 164), waarin aan deze setting wordt gerefereerd.

Op dit moment werken Verenso en de NVAVG aan de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen op dit vlak voor resp. de psychogeriatrische en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Daarnaast lopen er in het kader van het programma «Het kan beter, met minder» diverse activiteiten om in het veld meer bewustwording te creëren over de noodzaak om het oneigenlijk gebruik van psychofarmaca te reduceren tot nul. Conform mijn toezegging ontvangt uw Kamer jaarlijks een voortgangsrapportage. Het programma staat ook open voor deelname vanuit de extramurale zorg. Ook wordt vanuit het programma aansluiting gezocht met bijv. apothekers en ziekenhuizen.

Vraag 587

Kunt u toelichten hoe de € 0,5 miljoen voor psychofarmaca gebruik wordt besteed? Kan deze besteding worden uitgesplitst naar intramurale en extramurale zorg?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 586.

Vraag 588

Hoe wordt het begrote bedrag voor psychofarmaca besteed?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 586.

Vraag 589

Wat is stand van zaken bij de experimenten in het kader van het programma «Waardigheid en Trots», kan daarbij specifiek ingaan worden op de experimenten dementiezorg?

Antwoord:

Onderdeel van «Waardigheid en Trots» is «Ruimte voor Verpleeghuizen». Eind 2015 zijn vele zorgaanbieders in het kader van «Ruimte voor Verpleeghuizen» met de uitvoering van hun voorstellen om de verpleeghuiszorg te verbeteren aan de slag gedaan. Daarbij hebben zorgaanbieders meerdere thema's opgepakt, zoals het beter betrekken van de familie, inzichtelijk maken van kwaliteit, enz. Omdat veel mensen die in een verpleeghuis wonen dementerend zijn, zullen de resultaten ook bij dementerenden en hun familie tot verbeteringen leiden. De verwachting is dat vanaf eind 2017 tot en met begin 2018 de resultaten gepubliceerd zullen worden.

Vraag 590

In de begroting van 2018 wordt 36,8 miljoen euro uitgegeven voor uitvoeringskosten Sociale Verzekeringsbank (SVB) pgb-trekkingsrechten. In de vorige begroting stond opgenomen dat in 2018 hier geen geld meer voor zou worden uitgetrokken. Kun u dit toelichten?

Antwoord:

Het uiteindelijke doel is om de financiering van de uitvoeringskosten van de SVB rechtstreeks door de verstrekkers (gemeenten, zorgkantoren en verzekeraars) te laten plaatsvinden. De bijdrage van de gemeenten aan de SVB zal op termijn alleen nog zichtbaar worden op de begroting van SZW, waar de SVB onder valt. Voor de gemeentelijke uitvoeringskosten is dit vertraagd door verandering van taken van de SVB en de bouw en inrichting van het onafhankelijke cliëntenportal. Binnen het Financieel Beeld Zorg (BKZ) blijft de bijdrage aan de SVB voor de Wlz-rgb's zichtbaar. Vorig jaar is hierover gemeld dat de uitvoeringskosten voor de

Wlz vanuit de beheerskosten Wlz (BKZ) gedekt worden en niet meer via artikel 3 op de begroting.

Vraag 591

Vrijwel het gehele bedrag (35,6 mln) wordt uit de integratie-uitkering sociaal domein gehaald. Betekent dit dat gemeenten 35,6 miljoen minder hebben om aan zorg te besteden?

Antwoord:

Gemeenten ontvangen circa € 5 miljard uit de integratie-uitkering Sociaal Domein Wmo en huishoudelijke verzorging (p. 161 van de begroting). Het is aan gemeenten om te bepalen hoe zij deze middelen inzetten voor de zorg en ondersteuning aan hun inwoners. De uitvoeringskosten maken hier deel van uit.

Vraag 592

Welk bedrag komt volgend jaar aan Wlz-premie binnen bij de belastingdienst voordat het beslag voor de heffingskortingen plaatsvindt?

Antwoord:

De opbrengst van de Wlz-premie wordt voor 2018 geraamd op € 17.555 miljoen. In dit bedrag is voor € 13.166 miljoen aan heffingskortingen verrekend. Zonder verrekening van heffingskortingen is de opbrengst dus € 30.721 miljoen.

Vraag 593

Voor hoeveel zal het Wlz-fonds gecompenseerd worden voor het afkomen van Wlz-premie ten behoeve van de heffingskortingen (hoe hoog is de BIKK)?

Antwoord:

De inkomsten van het Fonds langdurige zorg op grond van de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK) bedragen in 2018 op basis van de huidige raming € 3.577,5 miljoen (zie bladzijde 204 van de VWS-begroting 2018). Dit bedrag kan nog licht wijzigen als de omvang van de heffingskortingen in een komende CPB raming anders uitvalt.

Vraag 594

Hoe hoog moet de Wlz-premie zijn wanneer zij voor 100% in het Wlz-fonds gestort zou worden ten behoeve van de geraamde uitgaven voor de Wlz?

Antwoord:

Op dit moment wordt de Wlz-premie geheel afgedragen aan het Fonds langdurige zorg. Naar de huidige inschatting is de huidige Wlz-premie van 9,65% (die gold vanaf 2015) zodanig dat het Fonds langdurige zorg per ultimo 2017, rekening houdend met de opbrengst van eigen bijdragen en de Bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK), over een overschot van € 0,3 miljard zal beschikken. In 2018 komen de inkomsten van het Fonds langdurige zorg naar huidige inschatting hoger uit dan de uitgaven.

Vraag 595

Hoe hoog moet de Wlz-premie zijn wanneer deze samen met de inkomsten van eigen bijdragen kostendekkend is voor de geraamde uitgaven voor de Wlz?

Antwoord:

Indien met de vraag wordt bedoeld hoe hoog de Wlz-premie zou moeten zijn als in afwijking van de wettelijk vastgelegde systematiek de heffings-

kortingen niet in mindering worden gebracht en uit de Wlz-premie en de eigen bijdragen in 2018 alle Wlz-uitgaven gedekt kunnen worden (en er dus geen rekening wordt gehouden met de BIKK) dan is het antwoord 6,2%.

Vraag 596

Wat komt er binnen in de BIKK?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 593.

Vraag 597

Welk bedrag is vanaf 1999 tot heden jaarlijks van de premieopbrengsten AWBZ aan heffingskortingen besteed en wat is de raming voor 2018?

Antwoord:

De cijfers waarom gevraagd is in de vragen 597 tot en met 605 staan in onderstaande tabel.

AWBZ- en Wlz-inkomsten en uitgaven (bedragen € 1 miljard)

	Premie- opbrengst AWBZ/Wlz	Heffings- kortingen in AWBZ/ Wlz-premie	BIKK	Heffings- kortingen minus BIKK	Uitgaven	Eigen bijdragen	Uitgaven minus eigen bijdragen	Premies minus uitgaven min eigen bijdragen	Premies excl heff.kortingen minus uitgaven min eigen bijdragen
	A	B	C	D=B-C	E	F	G=E-F	H=A-G	I=A+B-G
1999	13	-	-	-	13	2	12	1	1
2000	14	-	-	-	15	2	13	1	1
2001	11	9	2	7	16	2	15	-4	5
2002	12	9	2	7	18	2	17	-5	4
2003	14	12	4	8	20	2	18	-4	8
2004	16	13	5	8	21	2	19	-3	10
2005	16	14	5	9	22	2	20	-4	10
2006	14	14	5	9	23	2	21	-7	7
2007	13	14	4	9	23	2	21	-8	6
2008	16	14	5	10	22	2	20	-5	10
2009	14	15	5	10	23	2	22	-8	7
2010	15	15	5	10	24	1	23	-8	7
2011	15	15	5	10	25	2	24	-8	7
2012	17	16	5	10	28	2	26	-10	6
2013	19	15	4	11	27	2	26	-7	8
2014	19	15	4	11	28	2	26	-7	8
2015	15	12	3	9	20	2	18	-2	9
2016	14	12	3	9	20	2	18	-4	9
2017	15	13	4	9	20	2	19	-4	9
2018	18	13	4	10	22	2	20	-2	11

Vraag 598

Welk bedrag is vanaf 1999 tot heden jaarlijks via de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) gecompenseerd en wat is de raming voor 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 597.

Vraag 599

Wat is het verschil tussen de compensatie via de BIKK en het bedrag dat opgaat aan heffingskortingen per jaar vanaf 1999 en wat is de raming voor 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 597.

Vraag 600

Wat is de jaarlijkse uitgaven aan AWBZ zorgkosten vanaf 1999 tot heden?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 597.

Vraag 601

Wat is de jaarlijkse inkomsten aan eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden en wat is de raming voor 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 597.

Vraag 602

Wat is het verschil tussen de totale premieopbrengsten en de jaarlijkse uitgaven minus de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden en wat is de raming voor 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 597.

Vraag 603

Wat is de jaarlijkse opbrengst van de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden en wat is de raming voor 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 597.

Vraag 604

Wat zijn de jaarlijkse uitgaven aan AWBZ zorgkosten vanaf 1999 tot heden minus de opbrengst eigen bijdragen en wat is de raming voor 2018?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 597.

Vraag 605

Kunt u een overzicht geven van AWBZ-premies exclusief heffingskortingen minus zorguitgaven en minus opbrengst eigen bijdragen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 597.

Vraag 606

Hoeveel geld wordt precies uitgetrokken aan de pgb's en de trekkingsrechten pgb voor 2018 en de jaren daarna?

Antwoord:

Zie voor de totale uitgaven aan pgb's voor alle domeinen het antwoord op vraag 13. De uitvoeringskosten trekkingsrechten zijn volgens de conceptbegroting 2018 van de SVB voor alle zorgdomeinen € 64,4 miljoen. Vanaf 2018 wordt een substantiële daling verwacht van de totale uitvoeringskosten voor het financiële domein van de SVB en het zorgdomein van het cliëntenportal. Over de precieze bedragen is in de loop van 2018 meer duidelijkheid.

Vraag 607

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:

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderzoekt en publiceert vanaf 2010 jaarlijks de omvang van besparingen bij zorgverzekeraars als gevolg van controle-inspanning en fraudebestrijding. De cijfers over 2017 worden naar verwachting bekend gemaakt in juli 2018.

Omvang terugvorderingen na controle onderzoek en fraude zorgverzekeraars

(bedragen x € 1 miljoen)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Afgewezen bij controle vooraf ¹	2.300	2.100	2.600	2.300	2.000	2.400	2.700
Controle achteraf ²	106	167	198	329	449	485	367
Fraude-onderzoek				27	53	20	24,8
Vastgestelde fraude ³	6,2	7,7	6	9,3	18,7	11,1	18,9

¹ Betreft Zvw-uitgaven.

² Betreft Zvw-uitgaven.

³ Betreft Zvw, AWBZ/Wlz en aanvullend pakket.

Vraag 608

Hoeveel zorginstellingen zijn er het afgelopen jaar nader onderzocht op mogelijke fraude, hoeveel strafrechtelijke onderzoeken naar fraude zijn er ingesteld en hoeveel boetes wegens fraude of declaratiefouten zijn er opgelegd?

Antwoord:

Signalen van fraude in de zorgsector kunnen worden onderzocht door in- en extern toezicht van instellingen zelf, door zorgverzekeraars/zorgkantoren, door gemeenten, de nationale politie, door toezichthouders en door bijzondere opsporingsdiensten.

Zorgverzekeraars hebben in 2016 in totaal 1284 fraudeonderzoeken afgerond. Omdat onderzoeken betrekking kunnen hebben op meerdere zorgaanbieders (dit kunnen zowel natuurlijke personen als rechtspersonen zijn), en meerdere zorgverzekeraars op enig moment onderzoek kunnen doen naar dezelfde zorgaanbieder, is niet aan te geven om hoeveel individuele instellingen het gaat.

De NZa geeft geen inzicht in het aantal onderzochte instellingen, maar alleen in de opgelegde maatregelen. Hiervoor verwijs ik naar het antwoord op vraag 629. Deze maatregelen zijn overigens breder dan alleen fraude.

De besluitvorming over welke fraudesignalen in aanmerking komen voor strafrechtelijke afdoening vindt plaats in de zogeheten Stuur- en Weegploeg Zorg (SWP Zorg, voorheen: Centraal Selectie Overleg Zorg), onder voorzitterschap van het Openbaar Ministerie (het onder andere in fraude gespecialiseerde Functioneel Parket, OM/FP). In 2016 zijn in totaal 25 fraudesignalen voorgelegd aan de SWP Zorg. Daarvan zijn 16 geaccepteerd voor een strafrechtelijk onderzoek. Hierbij geldt dat in één strafrechtelijk onderzoek meerdere natuurlijke personen of rechtspersonen als verdachte kunnen worden aangemerkt. Het OM/FP registreert niet separaat hoeveel zorginstellingen er in totaal in zorgfraudezaken als verdachte zijn aangemerkt.

Het is niet bekend welk aantal zorgfraudezaken in 2016 in totaal bij de politie en arrondissementsparketten in behandeling zijn genomen.

Vraag 609

Een op de drie Nederlanders heeft problemen met het vinden, begrijpen en beoordelen of toepassen van informatie en een op de twee Nederlanders heeft moeite met eigen regie over gezondheid ziekte en zorg. Samen met partijen in de curatieve zorg wordt de oprichting van een samenwerkingsverband beperkte gezondheidsvaardigheden verkend via

ZonMW-onderzoek. Wat gebeurt er om in de care zorg beter aan te laten sluiten bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden?

Antwoord:

Bij brief van 27 juni jl. (TK 29 538, nr. 244) is uw Kamer geïnformeerd over de inzet waarmee de toegankelijkheid en kwaliteit van de onafhankelijke cliëntondersteuning zal worden verbeterd. Die cliëntondersteuning is er op gericht om mensen die levensbrede zorg en ondersteuning nodig hebben, waaronder mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, bij te staan bij het realiseren van eigen regie over gezondheid, ziekte, zorg en ondersteuning. Cliëntondersteuning ziet daarbij vooral op het toe leiden naar (de juiste aanbieder van) de benodigde zorg of ondersteuning.

Daarnaast wordt in het samenwerkingsverband in oprichting ten behoeve van de aanpak beperkte gezondheidsvaardigheden ook de branchevereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden betrokken. Daardoor heeft de aanpak ook zijn uitstralingseffect naar de care.

Vraag 610

Hoe ontwikkelt naar verwachting de vraag naar opleidingsplekken jeugd GGZ zich over de periode 2017–2022 daar de begrote uitgaven aan, en daarmee het aanbod van, opleidingsplaatsen jeugd GGZ constant blijft?

Antwoord:

De opleidingsplekken bij jeugd-ggz-instellingen maken deel uit van de plekken voor de opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, psychotherapeut en psychiater in de ggz. Er bestaat dus geen aparte opleiding voor de jeugd-ggz. Het praktijkdeel van de genoemde ggz-opleidingen wordt soms gelopen in een instelling die alleen ggz verleent aan jongeren onder de 18 jaar. Voor deze opleidingsplekken kan geen beschikbaarheidsbijdrage betaald worden uit de premiegelden van de Zorgverzekeringswet, omdat deze zorg onder de Jeugdwet valt. Daarom is er voor deze instellingen apart een subsidieregeling opgezet. Ik verwacht dat het aandeel van opleidingsplekken in de jeugd-ggz als aandeel van het totaal aantal ggz-opleidingsplekken in de periode 2017–2022 constant blijft.

Vraag 611

Welke maatregelen zijn voorzien om de positie van patiënten te versterken?

Antwoord:

De afgelopen jaren is veel in gang gezet om de positie van de patiënt te versterken. Voor 2006 was voor burgers weinig te kiezen. Bovendien was de kwaliteit van zorg erg ondoorzichtig en was vooral de mening van artsen doorslaggevend voor de behandeling. De positie van de patiënt is sindsdien aanzienlijk versterkt. Ik noem een paar voorbeelden. Het inzicht in de kwaliteit van zorg is toegenomen. Door een fikse inzet van de sector krijgen patiënten veel meer begrijpelijke informatie tot hun beschikking. Dit heeft een extra impuls gekregen in 2015 door het Jaar van de transparantie. Sindsdien is jaarlijks € 5 miljoen beschikbaar voor meer en betere informatie. In 2018 zal specifiek worden ingezet op meer uitkomst-informatie voor samen beslissen. Indien cliënten vragen hebben over de afhandeling van klachten over de kwaliteit van zorg dan kunnen zij steeds makkelijker informatie en praktische tips krijgen, bijvoorbeeld via het Landelijk Meldpunt Zorg. En patiënten kunnen meer vertrouwen op goede zorg en een goede afhandeling van klachten en geschillen dankzij de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Met de komst van het Kwaliteitsinstituut in 2014 is de patiënt medebepalend geworden bij de totstandkoming van indicatoren en richtlijnen die aangeven wat goede kwaliteit

van zorg is, waarbij nog veel meer aandacht voor samen beslissen zal komen. In lijn hiermee wordt in de voorgenomen wetswijziging van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst verduidelijkt dat de patiënt samen met de hulpverlener overlegt over zijn behandeling en begrijpelijke zorgnota. Met deze verschillende maatregelen wordt ook in 2018 verder gewerkt aan de versterking van de positie van de patiënt in de zorg.

Zoals in het antwoord op vraag 193 aangegeven is een beleidsinhoudelijke reactie over het beleidskader «subsidiering van patiënten- en gehandicaptenorganisaties» voorbehouden aan mijn opvolger.

Vraag 612

Wat is het beschikbare budget ten behoeve van maatregelen om de positie van patiënten te versterken?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 156.

Vraag 613

Kunt u toelichten waarom er vanaf 2017 minder middelen beschikbaar zijn voor het beleidsdoel «1. Positie cliënt»?

Antwoord:

Er zijn niet minder middelen beschikbaar voor het beleidsdoel «Positie cliënt». Wel zijn in 2017 incidenteel middelen voor diverse beleidscampagnes geplaatst op dit artikelonderdeel waardoor de budgetten hoger uitvallen dan voorzien in de ontwerpbegroting 2017.

Vraag 614

Hoeveel procent van de totale VWS-begroting wordt uitgegeven aan: 1) de ambitie om de positie van patiënten en cliënten te versterken en aan 2) patiëntenvertegenwoordigende organen zoals de koepels, individuele patiëntenorganisaties, vouchers, etc.?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 156.

Vraag 615

Kunt u inzage geven in de opbouw van de budgetten die gereserveerd zijn voor het beleidsdoel «1. Positie cliënt» bij de onderdelen: a) Subsidies: Pgo's en Overig en b) Opdrachten: Ondersteuning cliëntenorganisaties en Overig?

Antwoord:

De budgettaire omvang van het beleidskader «subsidiering van patiënten- en gehandicaptenorganisaties» bedraagt circa € 20 miljoen. Zie voor de onderverdeling het beleidskader «subsidiering patiënten- en gehandicaptenorganisaties» (Staatscourant 2016 nr. 37565). Daarnaast is met PGO-support een overeenkomst gesloten voor de ondersteuning van de patiënten- en gehandicaptenorganisaties (circa € 4 miljoen) en zijn er middelen gereserveerd voor beleidscampagnes (circa € 2 miljoen).

Vraag 616

Kunt u uiteenzetten waarom er vanaf 2017 minder middelen beschikbaar zijn voor het beleidsdoel «1. Positie cliënt»? Kunt u deze keuze cijfermatig onderbouwen? Kunt u daarbij concreet aangeven waar het afgenomen budget van ten koste gaat?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 613.

Vraag 617

Hoe verhoudt de ambitie zich om de positie van patiënten te willen versterken ten opzichte van het feit dat het beschikbare budget hiervoor afneemt?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 613.

Vraag 618

Welke maatregelen zijn voorzien om de positie van patiënten te versterken en kan de Minister daarbij aangeven wat het beschikbare budget is en welke budgetneutraal zijn?

Antwoord:
Zie de antwoorden op de vragen 156 en 611.

Vraag 619

Wat kost het Centraal Administratie Kantoor (CAK) jaarlijks?

Antwoord:
In 2017 (na de overheveling van de burgerregelingen worden de kosten van het CAK geraamd op circa € 119 miljoen.

Vraag 620

Hoeveel klachten en bezwaren heeft het CAK afgelopen jaar gekregen en hoeveel bedroeg dit voorgaande jaren? Op welke zaken kwamen voornamelijk klachten en bezwaren binnen?

Antwoord:
Onderstaand is opgenomen een overzicht van het totaal aantal klachten en bezwaren over alle regelingen die het CAK uitvoert (Wmo /Wlz) of in het verleden heeft uitgevoerd (Wmo/AWBZ/Wtcg/CER).

Jaar	Klachten	Bezwaren		
		Eigen bijdrage (AWBZ/Wlz/ Wmo/Wmo 2015)	Compensatie eigen risico	Wtcg
2012	518	2.457	1.156	7.040
2013	677	4.583	698	5.459
2014	645	2.363	382	3.297
2015	868	4.063	12	1.182
2016	919	4.018	0	23
2017 (Q1 en Q2)	369	2.048	0	0

Vraag 621

Wat is de precieze omvang van fraude in de zorg?

Antwoord:
De precieze omvang van fraude in de zorg is lastig te kwantificeren, omdat fraude per definitie heimelijk plaatsvindt en we niet weten wat we niet weten. Ik heb de NZa in het verleden gevraagd een raming te geven van de omvang van fraude. Uit dit onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg is gebleken dat onregelmatigheden niet op voorhand zijn aan te merken als foutief en ook zeker niet als fraude. In de derde voortgangsrapportage aanpak van fouten en fraude van 12 december 2014 (TK 28 828, nr. 75) heb ik uw Kamer geïnformeerd

over de definitieve uitkomsten van het samenvattend rapport van de NZa, dat tevens een indicatie bevat van de kwantitatieve omvang van de onregelmatigheden in de zorg. Voor de kwantitatieve uitkomsten van het onderzoek van de NZa verwijs ik volledigheidshalve naar deze derde voortgangsrapportage waarbij het samenvattend rapport van de NZa en de bijbehorende bijlagen zijn bijgevoegd.

De cijfers van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de omvang van besparingen bij zorgverzekeraars als gevolg van controle-inspanning en fraudebestrijding geven (ook) geen volledig beeld van het totaal aan zorgfraude. Het onderzoek van ZN is bedoeld om de door zorgverzekeraars aangetoonde fraude in kaart te brengen, niet het totaal aan mogelijke fraude. Zie verder het antwoord op vraag 607.

Vraag 622

Hoeveel fraudezaken die betrekking hebben op de gezondheidszorg worden momenteel behandeld door het Openbaar Ministerie, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord:

In het antwoord op vraag 608 heb ik aangegeven hoeveel zaken in 2016 vanuit de Stuur- en Weegploeg Zorg (SWP Zorg) zijn geaccepteerd voor strafrechtelijk onderzoek. De cijfers over 2017 zijn nog niet beschikbaar.

Om de voortgang van de onderzoeken niet te schaden, geeft het OM geen nadere informatie over welke specifieke (sub)sectoren het betreft.

Vraag 623

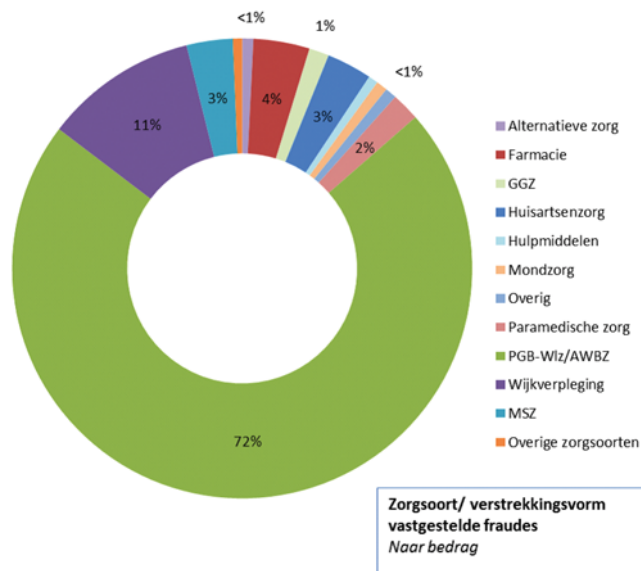
In welke zorgsectoren vindt de meeste fraude plaats en wat zijn de oorzaken hiervan?

Antwoord:

Op 22 augustus heb ik uw Kamer de Rapportage Signalen zorgfraude 2016 (TK 2016/17, 28 828, nr. 103) toegestuurd. Deze rapportage omvat alle nieuwe signalen die in 2016 zijn vastgelegd. Het gaat hier dus om «vermoedens van fraude» en niet om afgeronde fraudeonderzoeken. Het is niet bekend hoe de signalen zich verhouden tot de werkelijke zorgfraude. De meeste signalen (dus nog geen vastgestelde fraude) hadden betrekking op de mondzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de medisch specialistische zorg (MSZ).

Zorgverzekeraars hebben fraude vastgesteld in alle verzekeringsvormen. Uit onderstaand diagram blijkt dat dit voornamelijk in de Wlz/ AWBZ was (72%), gevolgd door de Zorgverzekeringswet (23%). De wijkverpleging, die in eerdere jaren niet voorkwam in de uitsplitsing van het fraudebedrag naar zorgsoort, is verantwoordelijk voor 11% van het totaal vastgestelde fraudebedrag.

Wat betreft de oorzaken van onrechtmatigheden in de zorg verwijs ik uw Kamer naar het Programmaplan Rechtmatige Zorg, aanpak van fouten en fraude, 2015–2018.



Vraag 624

Zijn er zorgorganisaties die op dit moment onder verdenking staan van het Openbaar Ministerie?

Antwoord:

Als te doen gebruikelijk kan het OM geen mededelingen doen over lopende strafrechtelijke onderzoeken. Dit om het verloop van de onderzoeken niet te schaden.

Vraag 625

Hoeveel personen zijn in 2017 opgepakt voor fraude in de zorg?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 624.

Vraag 626

Hoeveel personen zijn berecht in 2017 voor fraude in de zorg?

Antwoord:

De opsporingsinstanties en het OM houden niet systematisch in de zaaksadministratie bij dat het om fraude in de zorg gaat. Deze informatie is derhalve niet beschikbaar.

Vraag 627

Hoeveel FTE is er beschikbaar voor de fraudeopsporing? Uitgesplitst naar het NZa, het Functioneel Pakket, het Openbaar Ministerie en de Zorgverzekeraars.

Antwoord:

De strafrechtelijke opsporing van fraude in de zorg is belegd bij de bijzondere opsporingsdiensten Inspectie SZW en FIOD. Deze diensten voeren strafrechtelijke onderzoeken uit onder gezag van het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie (OM/FP). Het OM/FP is tevens verantwoordelijk voor de strafrechtelijke vervolging en de tenuitvoerlegging van opgelegde straffen.

De Inspectie SZW is verantwoordelijk voor de opsporing van fraude met het persoonsgebonden budget en declaratiefraude. De Inspectie SZW heeft hier structureel circa 68 fte voor beschikbaar.

De totaal beschikbare capaciteit voor zorgfraudebestrijding bij het gehele OM is niet exact in fte's aan te geven. Elke officier van justitie is in beginsel toegerust om fraudezaken af te doen en kan dit doen als onderdeel van een breder takenpakket. Hierdoor wordt de totale beschikbare capaciteit van het OM ingezet daar waar deze op dat moment het meest nodig is.

De capaciteit die de FIOD beschikbaar heeft voor zorgfraude is onveranderd en bedraagt op jaarbasis circa 20.000 opsporingsuren.

Volledigheidshalve merk ik op dat de NZa juridisch gezien geen opsporingstaak heeft. De NZa is krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verantwoordelijk voor het bestuursrechtelijke toezicht en de handhaving van onrechtmatigheden in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). In dat kader voert de NZa ook toezichtonderzoeken uit. Voor de capaciteit die de NZa beschikbaar heeft voor toezicht en handhaving verwijs ik naar het antwoord op vraag 628.

Ook voor zorgverzekeraars geldt dat zij formeel juridisch gezien geen opsporingstaak hebben. Wel voeren de zorgverzekeraars reguliere (formele en materiële) controles uit op de rechtmatigheid van de door zorgaanbieders en verzekerden ingediende declaraties. Bij vermoedens van fraude kunnen zorgverzekeraars ook een fraudeonderzoek instellen. Zorgverzekeraars Nederland houdt geen administratie bij van de aantallen medewerkers die bij de verschillende zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn belast met het uitvoeren van controles en (fraude)onderzoeken.

Vraag 628

Hoeveel FTE's waren er in 2017 in totaal belast met toezichthouden in de zorg? Hoeveel was dat aantal in, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017? Hoe was dat uitgesplitst naar toezichthoudende instantie zoals FIOD, NVWA, NZa, IGZ en Inspectie Jeugdzorg?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn voor de IGZ, de Inspectie Jeugdzorg en de NZa de aantallen fte's opgenomen die in totaal belast zijn met toezicht in de zorg. De NVWA en de FIOD zijn niet in de tabel opgenomen. Het toezicht dat de NVWA voor VWS uitoefent op voedsel- en productveiligheid vindt plaats in het kader van de volksgezondheid, maar dit is geen toezicht op de zorg. De FIOD is een bijzondere opsporingsdienst en geen toezichthouder.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IGZ	490	516	538	538	610	613
IJZ	61	62	63	67	67	67
NZa	40	50	80	96	100	100
Totaal	591	628	681	701	777	780

Vraag 629

Hoeveel (fraude-)onderzoeken zijn er door de NZa gedaan in 2017? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel? En hoeveel tot een strafrechtelijke? Hoeveel waren die aantallen in 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017? Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bestuursrechtelijke maatregelen die de NZa in de periode 2012–2017 (januari t/m begin oktober) heeft uitgevoerd.

Activiteiten	2012	2013	2014	2015	2016 ¹	2017 ²
Interventies bij zorgaanbieders ³	102	34	26	382	354	262
Interventies bij zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) ³	31	49	505 ⁴	117	224	155
Opgelegde boetes n.a.v. signalen en handavingsacties	2	3	1	2	2	2
Handhaving informatieverplichtingen	251	370	491	318	193	54
Last onder dwangsom op grond van informatieverplichtingen	20	58	115	22	24	12
Totaal	406	514	1.138	841	797	486

¹ In 2016 is het Snelle Interventieteam gestart. De interventies van dit team zijn onderdeel van de aantallen interventies bij zorgaanbieders en verzekeraars/Wlz-uitvoerders (zorgkantoren).

² Cijfers t/m begin oktober.

³ Een interventie is een actie van de NZa richting een toezichtobject, met als doel om een ongewenste situatie te beëindigen. Een interventie kan een rapportageverplichting, informatieverzoek, normoverdragend gesprek en de inzet van formele handavingsinstrumenten (voornemen tot aanwijzing of last onder dwangsom) zijn.

⁴ Aanwijzingen die in 2014 zijn gegeven aan zorgkantoren zijn tevens verstuurd aan de alle achterliggende zorgverzekeraars. De NZa registreert dit als unieke aanwijzingen, waardoor het overzicht dubbelstellingen bevat.

Voor wat betreft de strafrechtelijke maatregelen verwijs ik naar het antwoord op vraag 622.

Vraag 630

Hoeveel opsporingscapaciteit is er voor fraude met PGB, zowel bij politie, OM, FIOD/ECD, Inspectie SZW en zorgkantoren?

Antwoord:

In het antwoord op vraag 627 heb ik, voor zover er cijfers beschikbaar zijn, aangegeven hoeveel capaciteit de Inspectie SZW, het OM/FP, de FIOD en de zorgverzekeraars/zorgkantoren beschikbaar hebben voor de aanpak van fraude in de zorg. De capaciteit die de politie en de arrondissementsparketten beschikbaar hebben voor zorgfraudebestrijding is niet exact in fe's aan te geven.

Het is niet mogelijk om de genoemde cijfers verder te specificeren naar zorgsectoren of financieringsvormen.

Vraag 631

Welke maatregelen zijn voorzien om de positie van patiënten te versterken en kan de Minister daarbij aangeven wat het beschikbare budget is en welke budgetneutraal zijn?

Antwoord:

Zie de antwoorden op de vragen 156 en 611.

Vraag 632

Kunt u inzage geven in de opbouw van de budgetten die gereserveerd zijn voor het beleidsdoel «1. Positie cliënt» bij de onderdelen: a) Subsidies: Pgo's en Overig en b) Opdrachten: Ondersteuning cliëntenorganisaties en Overig?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 615.

Vraag 633

Hoeveel stageplaatsen moeten er totaal met de Subsidieregeling stageplaatsen zorg II gecreëerd worden? Hoeveel extra stageplaatsen voor het studiejaar 2017–2018 worden er gecreëerd met het beschikbaar gestelde budget van € 112 miljoen?

Antwoord:

De regeling stageplaatsen zorg II is gericht op het ondersteunen van het beschikbaar komen van een voldoende en op de verwachte behoefte

gericht stageaanbod. Daartoe is verdeling van het budget van € 112 miljoen over de verschillende opleidingsrichtingen voor het lopende subsidiejaar herschikt op basis van de verwachte arbeidsmarktsituatie bij de verschillende beroepen. Door een relatief groter deel van het budget te reserveren voor opleidingen die opleiden tot beroepen waar krapte op de arbeidsmarkt wordt voorzien worden werkgevers extra gestimuleerd om in die opleidingsrichtingen stageplaatsen aan te bieden. In het laatst afgeronde studiejaar 2015–2016 hebben zorginstellingen onder de subsidieregeling stageplaatsen zorg II voor bijna 49.000 fte aan gerealiseerde stageplaatsen subsidie ontvangen. De vaststelling van het aantal gerealiseerde stageplaatsen in het nu lopende studiejaar 2017–2018 vindt plaats na de verwerking van de subsidieaanvragen in de laatste maanden van 2018.

Vraag 634

Voor welke opleidingen wordt extra budget vrijgemaakt zodat het aantal stageplaatsen kan toenemen?

Antwoord:

Bij de herschikking van het budget van € 112 miljoen over de onder de subsidieregeling vallende opleidingen is op basis van de verwachte arbeidsmarktsituatie voor de verschillende beroepen een relatief groter deel van het beschikbare budget gereserveerd voor de opleidingen tot verpleegkundige hbo-niveau, verpleegkundige mbo niveau 4, verzorgende mbo niveau 3, doktersassistent mbo niveau 4, apothekersassistent mbo niveau 4 en tandartsassistent mbo niveau 4.

Met deze herschikking wordt beoogd het aanbieden van stageplaatsen voor deze opleidingen te stimuleren waardoor het aanbod vergroot wordt.

Vraag 635

Kunt u inzage geven in de opbouw van de budgetten die gereserveerd zijn voor het beleidsdoel «1. Positie cliënt» bij de onderdelen: a) Subsidies: Pgo's en Overig en b) Opdrachten: Ondersteuning cliëntenorganisaties en Overig?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 615.

Vraag 636

De arbeidsmarktagenda krijgt een extra impuls, wie heeft de regie op de effectieve inzet van dit geld?

Antwoord:

In de regiegroep van Arbeidsmarktagenda 2023 hebben we met landelijke partijen bestuurlijke afspraken gemaakt om te komen tot een evenwichtige arbeidsmarkt met voldoende goed opgeleid personeel. In die regiegroep worden knelpunten opgehaald en opgelost en worden goede voorbeelden en innovaties verspreid. In het verlengde van de Arbeidsmarktagenda 2023 zijn alle 14 regionale werkgeversorganisaties (verenigd in RegioPlus) op dit moment bezig met de landelijke uitrol van de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten. Er komt daarmee in elke arbeidsmarktregio in de zorg een concreet actieplan (zie ook het antwoord op vraag 251). Met deze impuls kunnen organisaties concreet werken maken van de bestuurlijke en regionale afspraken. De regie op de impuls van € 347 miljoen ligt in belangrijke mate bij de organisaties en medewerkers zelf. Zij maken gezamenlijk opleidingsplannen gebaseerd op de toekomstige zorgvraag en perspectief van de organisatie. Organisaties die gebruik willen maken van de extra scholingsmiddelen uit de SectorplannenPlus doen hier een individuele aanvraag voor bij de regionale werkgeversorganisatie, maar moeten de regionale aanpak en afspraken

onderschrijven. De sector zelf draagt bovendien meer dan € 1 miljard aan cofinanciering bij en heeft daarmee belang bij een effectieve inzet van deze impuls.

Vraag 637

Hoe verhouden de beschikbare middelen van de arbeidsmarktagenda sectorbreed en de arbeidsmarktagenda verpleeghuizen zich tot elkaar?

Antwoord:

Er is in totaal € 347 miljoen beschikbaar voor een samenhangende impuls gericht op om- en bijscholing van nieuwe aan te trekken personeel, loopbaanoriëntatie en -begeleiding en activiteiten gericht op het verbeteren van het beeld van werken in de zorg. Van deze € 347 miljoen is € 275 miljoen geoormerkt voor verpleeghuiszorg.

Vraag 638

Hoe gaat de 8 miljoen, bedoelt om samen met betrokken partijen te verkennen hoe de structuur van vervolgoopleidingen voor professionals die werken buiten het ziekenhuis vorm kunnen krijgen, precies uitgegeven worden?

Antwoord:

Voor het eind van 2017 start een nadere verkenning met de relevante partners over hoe we meer gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunende beroepen die voornamelijk werkzaam zijn buiten het ziekenhuis kunnen opleiden. Afhankelijk van de resultaten van de verkenning zal het volgende kabinet een besluit nemen over de inzet van de middelen.

Vraag 639

Hoeveel meldingen van mogelijke fraude zijn er bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude gedaan?

Antwoord:

Het aantal signalen zoals deze in het Verzamelpunt Zorgfraude van de NZa zijn vastgelegd betreft voor 2016: 447. Uw Kamer is hierover op 22 augustus 2017 geïnformeerd met de Rapportage Signalen zorgfraude 2016 (TK 2016–2017, 28 828, nr. 103).

Vraag 640

Wat was de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo als Wlz over 2017?

Antwoord:

De Wlz-ontvangsten 2017 zijn opgenomen in de tabellen op pagina's 204, 250 en 263 van de VWS-begroting 2018.

De Wmo eigen bijdrage opbrengsten worden niet door VWS geraamd en ook niet opgenomen in de VWS begroting. De eigen bijdrage opbrengsten Wmo voor maatwerkvoorzieningen en beschermd wonen voor 2016 zijn te vinden op www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/eigen-bijdrage. Hier staat vermeld dat op basis van voorlopige cijfers de ontvangsten 2016 uitkomen op € 336,7 miljoen.

Vraag 641

Wat wordt de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo als Wlz in 2018?

Antwoord:

De Wlz-ontvangsten 2018 zijn opgenomen in de tabellen op pagina's 204, 250 en 263 van de VWS-begroting 2018.

De Wmo eigen bijdrage opbrengsten worden niet door VWS geraamd en ook niet opgenomen in de VWS begroting. Zie ook het antwoord op vraag 640.

Vraag 642

Hoeveel en welke gemeenten hebben de eigen bijdrage voor zorg verhoogd in 2017 of eerdere jaren?

Antwoord:

Op basis van gegevens van het CAK blijkt dat er 4 gemeenten zijn die de parameters voor eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen in 2016 (binnen de daartoe gestelde landelijke kaders) hebben verhoogd ten opzichte van de parameters in 2015. Dit behoeft overigens niet te betekenen dat de eigen bijdrage voor de Wmo-cliënten in deze gemeenten feitelijk is toegenomen; gemeenten kunnen bijvoorbeeld de keuze hebben gemaakt voor doorverwijzing naar (laagdrempelige) algemene voorzieningen of collectief of individueel voor andere compenserende maatregelen (anders dan het verlagen van de parameters) hebben gekozen. Als gevolg van een maatregel van het kabinet zijn in 2017 de eigen bijdragen Wmo in alle gemeenten verlaagd ten opzichte van de parameters in 2016.

Vraag 643

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

Antwoord:

Op grond van informatie van het CAK blijkt dat alle gemeenten eigen bijdragen vragen voor op grond van de Wmo 2015 verstrekte maatwerkvoorzieningen.

Vraag 644

Waar wordt de rest van de middelen voor de jeugdzorg in Caribisch Nederland (€ 3 mln.), die worden verantwoord op artikel 10, aan besteed?

Antwoord:

Deze middelen worden besteed aan de Jeugdzorg en Gezinsvoogdij op de drie eilanden. Voor Sint Eustatius en Saba valt daar ook het Centrum voor Jeugd en Gezin onder. Het gaat hier niet om instellingsubsidies, maar om de financiering van de ongeveer 55 medewerkers van de dienst Jeugdzorg en Gezinsvoogdij Caribisch Nederland (JGCN).

Vraag 645

Klopt het dat de hoogte van de integratie-uitkering die gemeenten ontvangen in het kader van de Jeugdwet gekoppeld is aan de (verwachte) volumegroei? Klopt het dat wegens gebrek aan gegevens de taxatie van die volumegroei in de jeugdzorg door het Centraal Planbureau (CPB) op nul is gesteld, waardoor de groei onvoldoende wordt gecompenseerd?

Antwoord:

Het macrobudget Jeugdhulp (als onderdeel van de integratie-uitkering Sociaal Domein) wordt jaarlijks bijgesteld o.b.v. de loon- en prijsbijstelling en volumegroei. Voor het vaststellen van de volumegroei wordt, net als vóór de decentralisatie, gebruik gemaakt van de middellangetermijneraming (MLT) van het CPB. De berekening van de volumegroei kent een aantal onderdelen, zoals de demografische groei en de inkomensgroei. Deze zijn objectief vast te stellen. Tot slot blijft er nog een categorie «overige groei» over. Hierbij moet gedacht worden aan technologische ontwikkelingen in de zorg, waardoor bepaalde ziekten beter behandeld kunnen worden en daardoor de zorgkosten stijgen, maar ook maatschappelijke ontwikkelingen kunnen hierin een rol spelen.

Het aantal kinderen in Nederland daalt en daardoor is er sprake van een negatieve demografische groei. Deze negatieve groei wordt deels gecompenseerd door de inkomensgroei. Er resteert echter een negatieve groei. Het CPB heeft daarnaast de «overige groei» voor het macrobudget Jeugdhulp op nul procent gesteld. Reden hiervoor is dat de «overige groei» uit het verleden door CPB als niet representatief voor de toekomst is gekwalificeerd. Dit heeft er onder andere mee te maken dat de gemiddelde overige groei in de jaren 1990–2010, waarop CPB zich baseert, sterk beïnvloed is door het ontstaan van het Bureau Jeugdzorg en de enorme stijging van het jeugdhulpgebruik dat dit met zich mee bracht.

Vraag 646

Zijn er financiële implicaties bij de voorgenomen aanpassingen van de Jeugdwet om de administratieve lasten te verlichten?

Antwoord:

Nee.

Vraag 647

Hoe blijft de toegang van gemeenten tot de lessen van de Kindertelefoon, rekening houdend met het wetsvoorstel dat wordt voorbereid om deze voorziening structureel onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS te brengen, geborgd?

Antwoord:

De organisatie die de functie van de kindertelefoon zal uitvoeren onder verantwoordelijkheid van VWS, zal expliciet als taak hebben om de lessen die getrokken kunnen worden uit de signalen die de kindertelefoon bereiken onder de aandacht van de gemeenten te brengen.

Vraag 648

Hoeveel kinderen wachten op zeer gespecialiseerde hulp in de jeugdzorg?

Antwoord:

Het onderscheid tussen gespecialiseerde en zeer gespecialiseerde jeugdhulp is niet objectief te maken en er zijn geen cijfers over wachtlijsten bekend. Het Nji-onderzoek naar wachttijden, dat ik uw Kamer bij brief van 2 juni 2017 (TK 31 839, nr. 581) heb toegezonden, laat zien dat wachttijden in de jeugdhulp een veelkoppig en hardnekkig vraagstuk is dat niet eenvoudig is op te lossen. Niettemin zijn gemeenten en aanbieders gehouden zich tot het uiterste in te spannen om tijdig passende jeugdhulp te bieden binnen professioneel aanvaardbare termijnen. En met voorrang jeugdhulp te bieden als sprake is van acute problematiek.

Vraag 649

Waarom wordt er in 2019 geen extra kosten voor transitie jeugd verwacht?

Antwoord:

De regeling bijzondere transitiekosten Jeugdwet is bedoeld als tijdelijke regeling en vervalt per 1 januari 2019 (jeugdhulporganisaties kunnen tot 1 januari 2018 een subsidieaanvraag indienen). Met het vervallen hiervan per 1 januari 2019 breekt er een nieuwe fase aan. In de eerste fase na de invoering van de Jeugdwet heeft de focus vooral gelegen op het borgen van de continuïteit van de hulp en het voorkomen dat essentiële functies verdwijnen (transitie). Het is nu een goed moment om te bekijken welke knelpunten er nog zijn in de vernieuwing van de jeugdzorg en hoe deze aangepakt kunnen worden (transformatie). In het algemeen overleg van 8 juni 2017 heb ik aangegeven dat ik bekijk welke instrumenten denkbaar

zijn om de transformatie verder te stimuleren. De nadere uitwerking hiervan is aan mijn opvolger.

Vraag 650

Hoeveel meldingen van kindermishandeling waren er afgelopen jaar?

Antwoord:

Cijfers en informatie over meldingen en adviezen van kindermishandeling worden door de Veilig Thuisorganisaties aangeleverd bij het CBS, conform het wettelijk vastgestelde informatieprotocol beleidsinformatie Veilig Thuis.

Voor informatie over aantallen/cijfers over huiselijk geweld verwijst ik naar de maatwerktabellen van CBS:

<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2017/17/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2016>

<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2015/49/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-eerste-halfjaar-2015>

<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2016/17/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2e-halfjaar-2015>

Vraag 651

Is het aantal meldingen van kindermishandeling door de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling gestegen afgelopen jaar?

Antwoord:

Meldingen van kindermishandeling worden door de Veilig Thuisorganisaties aangeleverd bij het CBS, conform het wettelijk vastgestelde informatieprotocol beleidsinformatie Veilig Thuis.

Voor informatie over aantallen/cijfers over huiselijk geweld verwijst ik naar de maatwerktabellen van CBS:

<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2017/17/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2016>

<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2015/49/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-eerste-halfjaar-2015>

<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2016/17/kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2e-halfjaar-2015>

Vraag 652

Kunt u aangeven hoeveel er totaal is uitgegeven aan het jeugdstelsel in 2013, 2014, 2015, 2016, en zal worden uitgegeven in 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 en 2022?

Antwoord:

Gemeenten zijn vanaf 2015 verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdwet. Gemeenten moeten via het lv3-systeem informatie aanleveren over hun begroting en hun daadwerkelijke gerealiseerde uitgaven, maar dit lv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau. Daarnaast overlappen een aantal taakvelden binnen het lv3-systeem met taken vanuit de Wmo 2015. En onder de taakvelden vallen ook taken die gemeenten voor 2015 al hadden op het jeugdterrein. Hierdoor is niet apart inzichtelijk te maken hoeveel budget gemeenten uitgeven t.b.v. hun taken vanuit de Jeugdwet.

Integratie-uitkering Sociaal Domein – Budgetten Jeugdwet¹

Jaar	Macrobudget
2015 ²	€ 3.757.553.000
2016 ³	€ 3.650.974.000
2017 ⁴	€ 3.578.419.000
2018 ⁴	€ 3.614.696.000
2019 ⁴	€ 3.626.601.000
2020 ⁴	€ 3.626.601.000
2021 ⁴	€ 3.649.359.000
2022 ⁴	€ 3.649.358.000

¹ De bedragen 2018 tot en met 2022 zijn bedragen exclusief loon- en prijsbijstelling. De hoogte hiervan wordt pas lopende een jaar bekend en toegevoegd aan het budget.

De bedragen 2019 tot en met 2022 zijn bedragen exclusief volumegroei. Deze groei wordt pas later verwerkt.

² Decemercirculaire 2015.

³ Septemercirculaire 2016.

⁴ Septemercirculaire 2017.

Er is geen goed vergelijkbaar beeld van de totale uitgaven in 2013 en 2014 voor taken die thans onder de Jeugdwet vallen, omdat de middelen voor jeugdhulp destijds onderdeel uitmaakten van verschillende wetten (o.a. Wet op de Jeugdzorg, AWBZ en ZvW). Bij de samenstelling van het macrobudget Jeugdhulp is gebruik gemaakt van uitgaven aan taken die over gaan naar de Jeugdwet, met als basisjaar het jaar 2012. Op onderdelen zijn cijfers over het jaar 2013 en 2014 gebruikt, maar niet op alle terreinen, waardoor er geen totaalbeeld is te geven. De berekeningen zijn met gemeenten en sectoren afgestemd.

Vraag 653

Worden er ook meldingen gemaakt van psychologische kindermishandeling bij de Meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling?

Antwoord:

De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling betreft alle vormen van kindermishandeling. Daaronder valt ook psychologische kindermishandeling.

Vraag 654

wanneer kunnen jeugdzorginstanties met liquiditeitsproblemen zich niet meer melden bij de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) voor financiële ondersteuning?

Antwoord:

Jeugdhulporganisaties kunnen tot 1 januari 2018 een aanvraag op grond van de Beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten Jeugdwet indienen bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het Ministerie van VWS zal de aanvraag vervolgens voor advies voorleggen aan de TAJ. De Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) is aangesteld tot 1 april 2018.

Vraag 655

Hoeveel instanties met liquiditeitsproblemen hebben zich in 2015, 2016 en 2017 (tot heden) gemeld?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal instellingen weergegeven dat een aanvraag voor subsidie op basis van artikel 2c van de Beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten jeugdwet heeft gedaan. Op basis van artikel 2c kunnen instellingen een aanvraag voor tijdelijke

liquiditeitssteun doen. De aanvragen voor vergoeding van frictiekosten op basis van artikel 2b zijn buiten beschouwing gelaten.

De instellingen zijn toegewezen naar het jaar waarop de eerste aanvraag hiervoor is gedaan. Niet meegenomen zijn de meldingen bij de TAJ die niet tot een subsidieaanvraag hebben geleid. Niet alle meldingen bij de TAJ leiden namelijk tot een aanvraag voor subsidie. De TAJ kan bijvoorbeeld ook bemiddelen tussen organisaties en gemeenten of organisaties adviseren bij het doorvoeren van een noodzakelijke sanering.

	2014	2015	2016	2017
Aantal instellingen dat subsidieaanvraag voor liquiditeitssteun heeft gedaan	4	1	4	1

Vraag 656

Hoeveel middelen ontving de TAJ in 2014, 2015, 2016, 2017 en zal nog ontvangen in 2018?

Antwoord:

Subsidies aan instellingen worden in het kader van de subsidieregeling bijzondere transitiekosten Jeugdwet toegekend. Hiervoor vraag ik advies aan de TAJ. Op basis van hun advies wordt subsidie toegekend.

De volgende middelen zijn afgelopen jaren toegekend (bedragen x € 1 miljoen):

	2014	2015	2016	2017	2018
Toekenning subsidies	0	17,2	42,3	41,6 ¹	19,3 ²

¹ Realisatie tot en met september (verwachting is dat dit bedrag oploopt tot ongeveer € 60 miljoen ultimo 2017).

² Raming.

De TAJ ontvangt € 3 miljoen per jaar voor de uitvoering van hun organisatie.

Vraag 657

Hoeveel kinderen in Nederland hebben overgewicht en obesitas, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

13,6 procent van de jongeren 4–18 jaar heeft overgewicht, waarvan 2,7 procent obesitas. Het gaat hierbij om het jaar 2016. Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht-jongeren>, bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.

Vraag 658

Zijn er verschillen in regio's waar het overgewicht van kinderen hoog is?

Antwoord:

De meest recente cijfers zijn beschikbaar uit de Jeugdmonitor 2015 (2 tot 25 jaar). In dat jaar was het percentage overgewicht onder jongeren het hoogst in landsdeel Noord (16,4%) gevolgd door landsdeel West (14,8%) en landsdeel Zuid (14,5%) en het laagst in landsdeel Oost (12,9%). Deze informatie is te vinden op de website van het CBS, via <http://jeugdstatline.cbs.nl/Jeugdmonitor/publication/?DM=SLNL&PA=71851ned&D1=2&D2=0-2,9-12&D3=I&HDR=T,G2&STB=G1&VW=T>

Vraag 659

Hoeveel volwassenen hebben overgewicht en obesitas, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord:

49,2% van de bevolking van 18 jaar en ouder heeft overgewicht, waarvan 14,2% obesitas. Het gaat hierbij om het jaar 2016.

Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht>, bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.

Vraag 660

Hoeveel en welke scholen hebben schoolzwemmen in het onderwijspakket zitten?

Antwoord:

Graag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 134 in de Beantwoording vragen over ontwerpbegroting 2017 (TK 2016–2017 34 550, nr. 11).

Vraag 661

Hoeveel en welke gemeenten bieden schoolzwemmen aan in hun verordening?

Antwoord:

Schoolzwemmen is een verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van het Ministerie van OCW.

Vraag 662

Hoeveel kinderen verlaten de basisschool zonder zwemdiploma?

Antwoord:

Graag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 136 in de Beantwoording vragen over ontwerpbegroting 2017 (TK 2016–2017 34 550, nr. 11).

Vraag 663

Hoeveel kinderen en volwassenen zijn de afgelopen jaren verdronken omdat zij onvoldoende zwemvaardig waren?

Antwoord:

Hoewel een directe relatie tussen zwemvaardigheid en verdrinkingsgevallen nog niet is aangetoond (Brenner e.a., 2003), wijzen veel gegevens wel in die richting.

Het is niet bekend hoeveel kinderen en volwassenen de afgelopen jaren verdronken zijn omdat zij onvoldoende zwemvaardig waren.

De Zwembranche NPZ | NRZ, CBS, Veiligheid NL, KNZB, Reddingsbrigade Nederland, KNRM werken aan een informatiesysteem om de registratie van verdrinkingscijfers te verbeteren. Dit is onderdeel van een nationaal plan «Zwemveilig en zwemvaardig Nederland 2020». Dit plan wordt binnenkort vastgesteld en aangeboden aan uw Kamer.

Vraag 664

Hoeveel kinderen worden niet bereikt door het Jeugdsportfonds?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers bekend over het aantal niet bereikte kinderen. Het Jeugdsportfonds houdt bij welke kinderen zij wel bereiken. In Nederland maakten volgens CBS cijfers van 2015 323.000 kinderen deel uit van een gezin met een laag inkomen. Een deel van deze kinderen wordt met behulp van zelfstandige acties van bijvoorbeeld sportverenigingen

ondersteund om te kunnen sporten. In 2016 heeft het Jeugdsportfonds ca 50.000 kinderen geholpen om te kunnen sporten. In 2017 is dit aantal op dit moment (9 oktober 2017) al ruim 42.000 kinderen. De verwachting is dat eind 2017 het Jeugdsportfonds meer dan 50.000 kinderen heeft bereikt. Het aantal kinderen dat jaarlijks wordt bereikt, groeit.

Vraag 665

Wat is de stand van zaken met het toegezegde onderzoek naar «The Daily Mile», het concept waarbij basisschoolleerlingen tijdens schooltijd een aantal minuten gaan hardlopen? Wanneer kunnen we dat onderzoek verwachten en welke vervolgstappen kunnen (vanuit het ministerie) verwacht worden?

Antwoord:

Onlangs heeft het Mulier Instituut een onderzoek gehouden onder 800 basisschooldirecteuren over deelname en beleving van The Daily Mile. Zodra de resultaten van dit onderzoek bekend zijn, stuur ik het uw Kamer toe.

Vraag 666

Welke initiatieven worden genomen om er voor te zorgen dat er op scholen, maar ook in andere organisaties waar mensen langdurig zitten, meer bewogen wordt, gelet op het feit dat in Nederland mensen gemiddeld ongezond lang stil zitten? Welk beleid wordt hierop gemaakt?

Antwoord:

Binnen het programma Gezonde School wordt ondermeer een actieve leefstijl gestimuleerd, door goed bewegingsonderwijs, extra aandacht voor inactieve leerlingen en samenwerking met buitenschoolse aanbieders van sport- en beweegactiviteiten. Daarnaast zetten 4500 buurtsportcoaches (2911 fte), verdeeld over gemeenten in Nederland, zich in om de jeugd te stimuleren aan sport en bewegen te doen.

Ook is een factsheet opgesteld door het Kenniscentrum Sport en het RIVM om het aantal uren zitgedrag in kaart te brengen (TK 2016–2017 20 234, nr. 164).

Daarnaast is het advies van de Gezondheidsraad over de beweegrichtlijnen 2017 gepubliceerd (TK 2016–2017 20 234, nr.165). Het ontwikkelen van nieuw beleid rond zitgedrag laat ik aan mijn opvolger.

Vraag 667

Hoeveel kinderen zijn er structureel gaan sporten naar aanleiding van de sportimpuls?

Antwoord:

De Sportimpuls stimuleert lokaal sportaanbod op maat, zodat mensen in de buurt kunnen sporten en bewegen. Cijfers voor de jaren 2012 en 2013 zijn inmiddels bekend: door de projecten zijn in totaal 224.659 kinderen in beweging gebracht. Volgens de projectleiders is daarvan ongeveer 13,7% doorgestroomd naar regulier/ structureel aanbod. Deze doorstroomcijfers dienen wel met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Het uiteindelijke doel, blijven bewegen, is om verschillende redenen moeilijk objectief vast te stellen. De cijfers over de jaren 2014 t/m 2017 zijn nog niet bekend.

Vraag 668

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

Antwoord:

In 2016 woonden 230 duizend kinderen in een bijstandsgesin.

Zie voor een uitgebreide toelichting het nieuwsbericht van 18 augustus jl. op de website van de Jeugdmonitor (<http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-nl/indicatoren/publicaties/2017/aantal-kinderen-in-bijstandsgezinnen-opnieuw-gegroeid/>)

Vraag 669

Wat is de stand van zaken met het programma om mensen met een beperking meer aan het sporten en meer bewegen te krijgen?

Antwoord:

Met het programma Grenzeloos Actief wordt gestreefd naar een betere aansluiting van vraag en aanbod van sporten en bewegen voor mensen met een beperking. Naar verwachting zullen hiertoe eind 2018 in tenminste 40 (van de 43) voormalige WMO-regio's regionale samenwerkingsverbanden actief zijn. Mensen kunnen dan bijvoorbeeld via de app en de website Uniek Sporten eenvoudig zien waar ze in hun eigen omgeving kunnen sporten en bewegen. Momenteel zijn reeds 27 regionale verbanden aangesloten bij Uniek sporten en de verwachting is dat dit einde van het jaar oploopt tot 33.

Vraag 670

Welke prioriteit heeft de regering met het aanpakken van doping?

Antwoord:

De prioriteit is een dopingvrije sport. In eerste instantie is dat een eigen verantwoordelijkheid van de sport, waarbij de overheid met name de preventie ondersteunt door subsidiëring van de Dopingautoriteit. Daarnaast ligt het wetsvoorstel voor een Wet uitvoering antidopingbeleid (Wuab) ter behandeling voor in uw Kamer. Na de verkiezingen in maart van dit jaar is dit wetsvoorstel door Uw Kamer controversieel verklaard.

Vraag 671

Wat is het aantal sportblessures in 2017, wat was het aantal in voorgaande jaren? Welke kosten zijn hiermee gemoeid? Kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord:

Het aantal sportblessures in 2017 wordt in het voorjaar 2018 gepubliceerd. Over de jaren 2011 tot en met 2014 is sprake van een toename van 4 miljoen naar 4,7 miljoen sportblessures. De hiermee gemoeide jaarlijkse maatschappelijke kosten worden geschat op € 1,5 miljard. Hiervan betreft ca. € 0,5 miljard de directe medische kosten voor de behandeling van de blessures en de rest betreft de verzuimkosten.

Wegens overstap voor registratie van de aantallen sportblessures naar het landelijke systeem voor ongevallen (Leefstijlmonitor) en daarmee gemoeide afstemmingsproblemen zijn de cijfers over 2015 en 2016 niet bruikbaar voor trendanalyse. Wel is op basis van cijfers van het monitorsysteem voor de afdelingen van Spoedeisende Eerste Hulp aanneemelijk dat er geen trendbreuk in 2015 en 2016 ten opzichte van de voorgaande jaren heeft plaatsgevonden.

Vraag 672

Hoe hoog zijn de inkomsten uit de loterijopbrengsten en welk bedrag gaat hiervan naar de sport?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 673.

Vraag 673
Wat waren de loterijbrogengsten aan de sport in 2010 t/m 2017?

Antwoord:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Afdrachten Lotto/NLO aan sport	52,9	54,5	42,4	42,4	42,0	42,6	43,9	45,6 (raming)

Bron: NOC*NSF

De omvang van de afdrachten vanuit de particuliere Goede Doelen Loterijen (zoals ondermeer Postcode Loterij en Vrienden Loterij) aan sportgerelateerde organisaties en activiteiten is mij niet bekend.

Vraag 674
Wat zijn de verwachte loterijbrogengsten aan de sport in 2018?

Antwoord:

NOC*NSF houdt vooralsnog rekening met een afdracht van € 43,5 miljoen. Een en ander is afhankelijk van werkelijk gerealiseerde resultaten van de Nederlandse Loterij Organisatie (NLO) in 2018.

Vraag 675
Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot matchfixing?

Antwoord:

De bestrijding van matchfixing is een doorlopend proces dat nauwe samenwerking vergt tussen de sectoren sport, kansspelen en opsporing en vervolging. Thans wordt de laatste hand gelegd aan een plan van aanpak om de bestrijding van matchfixing verder te verbeteren, inclusief een barrièremodel. Hierover wordt uw Kamer binnenkort geïnformeerd. Vanwege het grensoverschrijdende karakter van matchfixing, is ook op Europees niveau samenwerking in gang gezet ondermeer om informatie-uitwisseling te verbeteren.

Vraag 676
Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot een veiliger sportklimaat?

Antwoord:

De Tweede Kamer heeft op 16 november 2016 de voortgang van het actieplan «Naar een veiliger sportklimaat» (VSK) ontvangen (TK 30 234, nr. 150). De volgende versie van deze jaarlijkse monitor komt eind oktober 2017 uit en zal voor het komende Wetgevingsoverleg Sport aan de Kamer worden toegestuurd.

Vraag 677
Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot doping?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 670.

Vraag 678
Hoeveel buurtsportcoaches zijn in gemeenten aangesteld in 2017?

Antwoord:

Elk jaar wordt in de Monitor Brede Impuls Combinatiefuncties bijgehouden hoeveel fte's en aantallen buurtsportcoaches en combinatiefuncties werkzaam zijn in gemeenten.

Op 1 september 2017 zijn er 2911 fte buurtsportcoaches en combinatiefunctionarissen werkzaam in gemeenten. In totaal zijn ongeveer 5000 personen werkzaam als buurtsportcoach en/of combinatiefunctionaris.

Vraag 679

Kunt u een overzicht sturen van het aantal scholen dat 1 uur, 2 uur of 3 uur gymonderwijs geven, zowel voor het basis- als voortgezet onderwijs?

Antwoord:

Het antwoord op deze vragen valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van het Ministerie van OCW.

Vraag 680

Hoeveel onbevoegde leerkrachten geven gymlessen op de basisscholen?

Antwoord:

Het antwoord op deze vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van het Ministerie van OCW.

Vraag 681

Hoeveel basisscholen maken gebruik van ALO (Academie voor Lichamelijke Opvoeding) opgeleide leerkrachten voor gymlessen?

Antwoord:

Het antwoord op deze vragen valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van het Ministerie van OCW.

Vraag 682

Hoeveel basisscholen en middelbare scholen bieden natte gymlessen aan? (zwemonderwijs).

Antwoord:

Graag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 144 in de Beantwoording vragen over ontwerpbegroting 2017 (TK 2016–2017 34 550, nr. 11).

Vraag 683

Hoeveel kinderen, volwassenen en ouderen voldoen niet aan de Nederlandse norm gezond bewegen? Kunt u hierover uw duiding geven?

Antwoord:

Van de Nederlandse bevolking boven de 12 jaar voldoet 45% niet aan de Nederlandse Norm gezond bewegen (NNGB). Hierbij voldoen ouderen, namelijk 74% van de 55-plussers, vaker aan de norm dan jongeren. Van de groep 12–17 jarigen voldoet 26% aan de norm. Een verklaring is dat de eisen aan de NNGB voor volwassenen minder streng zijn dan voor de jeugd.

Vraag 684

Hoeveel geld is er gegaan naar topsportevenementen en welke evenementen waren dit?

Antwoord:

In 2016 zijn de onderstaande topsportevenementen gesubsidieerd:

Topsportevenement	Verleend bedrag
Giro d'Italia	€ 2.500.000
WK Roeien (niet Olympisch)	€ 335.421
WK Lifesaving	€ 464.000
IPC WK Triathlon	€ 400.000
EK Atletiek	€ 2.500.000
EK Honkbal	€ 225.000
EK Korfbal	€ 250.000
EK/WJK Open water	€ 251.990
EJK Waterpolo	€ 134.200
Totaal	€ 7.060.611

In 2017 zijn de onderstaande topsportevenementen gesubsidieerd:

Topsportevenement	Verleend bedrag
WK Short Track	€ 1.271.615
Grand Final World Triathlon Series (WK)	€ 1.390.425
EK Vrouwenvoetbal	€ 2.500.000
EK Hockey (mannen en vrouwen)	€ 1.295.168
EK 3x3 Basketbal	€ 250.000
EJK Volleybal meisjes	€ 250.000
Totaal	€ 6.957.208

Vraag 685

Hoeveel en welke basis- en middelbare scholen in Nederland laten hun kinderen dagelijks sporten en bewegen?

Antwoord:

Het antwoord op deze vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van het Ministerie van OCW.

Vraag 686

Hoeveel scholen doen mee aan de Daily Mile en hoe was dit vorig jaar?

Antwoord:

Jongeren op gezond gewicht (JOGG) is in september 2016 gestart met het stimuleren van de Daily Mile op scholen. Inmiddels hebben 176 scholen zich geregistreerd.

Vraag 687

Welke tijdelijke aanpassing van de kansspelbelasting levert incidenteel 0,5 miljoen euro op? Waar worden deze middelen aan besteed?

Antwoord:

De Staatssecretaris van Financiën stelt in het Belastingplan 2018 voor het huidige tarief van 29% voor de kansspelbelasting tijdelijk te verhogen met 1,1%-punt tot 30,1%. Loterijen keren hierdoor een lager bedrag uit aan de sportsector. Deze incidentele bijdrage dient ter compensatie voor de derving die optreedt ten gevolge van een lager uitgekeerd bedrag vanuit de loterijen richting de sport.

De middelen worden beschikbaar gesteld voor versterking van de georganiseerde sport via een instellingssubsidie aan NOC*NSF. De specifieke invulling van de incidentele bijdrage aan NOC*NSF wordt nader bezien.

Vraag 688

Naar welke georganiseerde sport gaat deze bijdrage?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 687.

Vraag 689

Waarom verdwijnt de bijdrage aan (inter)nationale organisaties?

Antwoord:

De bijdrage aan (inter)nationale organisaties verdwijnt niet. Met ingang van 2018 wordt de bijdrage verantwoord op het financiële instrument «Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken». Het betreft een verrekening van de contributie aan de Raad van Europa inzake Enlarged Partial Agreement on Sport (EPAS). De bijdrage wordt overgemaakt aan het Ministerie van Buitenlandse Zaken.

Vraag 690

Aan welk begrotingshoofdstuk wordt er 62.000 overgemaakt en waarom?

Antwoord:

Zie het antwoord bij vraag 689.

Vraag 691

Wat is de ontwikkeling omtrent de combinorm; zijn er meer of minder mensen in de afgelopen jaren gaan bewegen?

Antwoord:

Het beeld over de jaren 2014 t/m 2016 is stabiel. Ongeveer 57% van de bevolking van 12 jaar en ouder voldoet aan de Combinorm.

Vraag 692

Naar welk onderdeel in artikel 4 zijn de middelen overgeboekt en hoeveel?

Antwoord:

De middelen zijn overgeboekt naar onderdeel 3 Kwaliteit, transparantie en kennisontwikkeling en zijn verwerkt in de overzichtstabel geraamde programma-uitgaven ZonMw 2018–2022 op pagina 93 van de VWS-begroting. Het betreft hier het programma sportblessurepreventie (onderzoeksprogramma sport) voor een bedrag van € 0,7 miljoen.

Vraag 693

Hoeveel sportblessures zijn er jaarlijks en bij welke sporten komen de meeste blessures voor?

Antwoord:

Voor het aantal sportblessures verwijs ik naar het antwoord op vraag 671.

Uit de meting van 2014 blijkt dat in de volgende sporten de meeste blessures ontstonden:

- Voetbal (1 miljoen)
- Hardlopen (710.000)
- Fitness (540.000)
- Tennis (188.000)
- Volleybal (158.000).

Vraag 694

Wat is de ontwikkeling omtrent kinderen met overgewicht; is dit aantal de afgelopen jaren toe- of afgenomen?

Antwoord:

Het percentage jongeren met overgewicht, zowel matig als ernstig, lijkt sinds 2000 te stabiliseren. Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht-jongeren>, bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM.

Vraag 695

Hoeveel zaken zijn er van intimidatie en geweld in de sport?

Antwoord:

In 2015 zijn 265 meldingen binnen gekomen bij het Vertrouwenspunt Sport, waar iedereen uit de sport terecht kan als het gaat over grensoverschrijdend gedrag, zoals seksuele intimidatie, discriminatie, pesten, bedreiging, geweld maar ook matchfixing en doping. In het amateurvoetbal waren er 305 gemelde excessen in het seizoen 2015/2016.

Vraag 696

Welk bedrag geven waterschappen jaarlijks uit aan het «recreatief medegebruik» van waterschapsterreinen? Kunt u dit opsplitsen per waterschap per jaar sinds 2012?

Antwoord:

Dit is mij niet bekend. Ik ben niet verantwoordelijk voor het beleid van waterschappen.

Vraag 697

Hoeveel geld hebben gemeenten in 2017 geïnvesteerd in het onderhouden van vijvers in woonwijken?

Antwoord:

Dit is mij niet bekend. Ik ben niet verantwoordelijk voor onderhoud van vijvers in gemeenten.

Vraag 698

Hoeveel buurtsportcoaches zijn er nu werkzaam en in welke gemeentes zijn er geen buurtsportcoaches?

Antwoord:

Voor het aantal buurtsportcoaches dat werkzaam is in gemeenten verwijs ik u naar het antwoord op vraag 678.

In totaal doen 18 gemeenten niet mee aan de Brede impuls combinatiefuncties. Dit zijn de gemeenten:

Eijsden, Haaren, Heumen, Kerkrade, Korendijk, Midden-Delfland, Oegstgeest, Onderbanken, Papendrecht, Renswoude, Rijnwaarden, Rozendaal, Rucphen, Voorschoten, Zoeterwoude, Blaricum, Eemnes, Laren.

Vraag 699

Welke organisaties ontvangen deze subsidies voor het tegengaan van dopinggebruik en welke Europese regels zijn aan deze subsidieverlening verbonden?

Antwoord:

Het betreft een instellingssubsidie voor de stichting Dopingautoriteit. De verlening van deze subsidie houdt verband met de verplichting om dopingbestrijding te bevorderen onder de Internationale conventie ter bestrijding van doping in de sport, die bij UNESCO is ondergebracht. De

subsidieverlening houdt geen verband met Europese regels omtrent doping.

Vraag 700

Hoeveel sporters maken gebruik van de stipendiumregeling en hoe ontwikkelt dit aantal zich door de tijd heen?

Antwoord:

Het percentage topsporters dat gebruikt maakt van de stipendiumregeling is in de afgelopen vier jaar gestegen van gemiddeld 70 naar 80% van het totaal aantal sporters met de topsportstatus A of HP. Dit komt neer op een gemiddeld aantal stipendiumgebruikers tussen de 350 en 400 sporters per jaar. Factoren die van invloed zijn op het gebruik en de hoogte van het stipendium zijn onder andere sportprestaties, leeftijd en inkomen.

Vraag 701

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

Antwoord:

De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de norm- en afbouwpercentages en van de hoogte van de standaardpremie (de gemiddelde nominale premie plus het gemiddeld eigen risico). De hoogte van de gemiddelde nominale premie voor het jaar 2018 is nog onbekend. Uiterlijk medio november maken de verzekeraars hun premie bekend. Daarna is dus pas bekend hoe hoog de standaardpremie wordt en dus ook tot welk inkomen er recht is op zorgtoeslag.

Op basis van de actuele raming van de nominale premie en het eigen risico die resulteren na verwerking van de stabilisatie van het eigen risico (€ 1.371 resp. € 234) heeft een eenpersoonshuishouden recht op zorgtoeslag tot een inkomen van € 29.157. Een meerpersoonshuishouden heeft recht op zorgtoeslag tot een inkomen van € 36.871.

Vraag 702

Kunt u ons voorrekenen hoe hoog de zorgtoeslag voor de verschillende inkomensgroepen wordt?

Antwoord:

De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de norm- en afbouwpercentages en van de hoogte van de standaardpremie (de gemiddelde nominale premie plus het gemiddeld eigen risico). De hoogte van de gemiddelde nominale premie voor het jaar 2018 is nog onbekend. Uiterlijk medio november maken de verzekeraars hun premie bekend. Daarna is dus pas bekend hoe hoog wordt de standaardpremie wordt en dus ook hoe hoog de zorgtoeslag wordt.

In onderstaande tabel staat de hoogte van de zorgtoeslag bij bepaalde inkomens op basis van de raming van de nominale premie en het eigen risico die resulteren na verwerking van de stabilisatie van het eigen risico (€ 1.371 resp. € 234).

Belastbaar inkomen	15.000	20.000	25.000	30.000	35.000	40.000
Eenpersoons-huishouden	€ 1.198	€ 1.198	€ 584	€ 0	€ 0	€ 0
Meerpersoonshuishouden	€ 2.239	€ 2.239	€ 1.625	€ 951	€ 276	€ 0

Vraag 703

Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar minder zorgtoeslag gehad? En hoe verhoudt dit zich met voorgaande jaren?

Antwoord:

In het afgelopen jaar (2016) is de maximale zorgtoeslag gestegen (voor eenpersoonshuishoudens van € 942 naar € 998). Ook in 2017 is de maximale zorgtoeslag gestegen (voor eenpersoonshuishoudens van € 998 naar € 1.066). Het afbouwpercentage dat bepaalt hoe snel de zorgtoeslag daalt bij een inkomen boven het minimumloon is in 2016 en 2017 zeer licht gestegen. Veruit de meeste huishoudens met zorgtoeslag zullen daardoor in zowel 2016 als 2017 meer zorgtoeslag hebben ontvangen. Alleen huishoudens waarvan de inkomensstijging, die van het minimumloon (ver) te boven ging, hebben minder zorgtoeslag ontvangen. Sinds 2006 is de maximale zorgtoeslag slecht één jaar gedaald. Dit was in 2014 toen de nominale premie € 115 daalde. Tussen 2011 en 2015 is het afbouwpercentage in de zorgtoeslag gestegen van 5% naar 13,4%. Dat heeft er toe geleid dat in die jaren veel huishoudens met een bovenminimaal inkomen minder zorgtoeslag hebben gekregen of hun recht op zorgtoeslag helemaal hebben verloren (zie ook de figuur op pagina 121 in de VWS begroting 2018).

Vraag 704

Wat was de daling van de zorgtoeslag uitgesplitst in verschillende inkomensgroepen (minimum, 130% van het minimum, modaal)?

Antwoord:

De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de norm- en afbouwpercentages en van de hoogte van de standaardpremie (de gemiddelde nominale premie plus het gemiddeld eigen risico). De hoogte van de gemiddelde nominale premie voor het jaar 2018 is nog onbekend. Uiterlijk medio november maken de verzekeraars hun premie bekend. Daarna is dus pas bekend hoe hoog de standaardpremie wordt en dus ook hoe hoog de zorgtoeslag wordt.

Op basis van de raming van de nominale premie en het eigen risico die resulteren na verwerking van de stabilisatie van het eigen risico (€ 1.371 resp. € 234) resulteert er voor alle huishoudens met een gelijkblijvend of lager inkomen dan in 2017 een hogere zorgtoeslag in 2018. Alleen huishoudens waarvan het inkomen in 2018 flink hoger is dan in 2017 ontvangen een lagere zorgtoeslag.

Vraag 705

Wat zijn de omslagpunten van de zorgtoeslag vanaf 2006 t/m 2018?

Antwoord:

De zorgtoeslag is stabiel tot het wettelijk minimumloon. Daarna daalt de zorgtoeslag (voor zowel eenpersoonshuishoudens als meerpersoonshuishoudens). In onderstaande tabel staat voor de jaren 2006 tot en met 2018 het belastbaar wettelijk minimumloon (WML).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
WML	17.494	17.905	18.496	19.135	15.528	19.890	20.079	19.043	19.253	19.463	19.758	20.109	20.451

Vraag 706

Wat is de bezuinigingsdoelstelling van de zorgtoeslag?

Antwoord:

In het jaar 2018 is er geen bezuiniging verwerkt in de zorgtoeslag.

Voor de jaren 2019 tot en met 2040 is er jaarlijks een bezuiniging (van enkele tientallen miljoenen euro's per jaar) verwerkt in de zorgtoeslag op grond van een besluit van het kabinet Balkenende IV.

Vraag 707

Hoeveel mensen ontvangen zorgtoeslag?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 846.

Vraag 708

Kunt u aangeven welke inzet er wordt gepleegd op het terrein van HIV, lettende op het feit dat Nederland in 2018 gastland is voor de mondiale aidsconferentie? Kunt u aangeven of hier budget voor beschikbaar wordt gesteld?

Antwoord:

De internationale tweejaarlijkse aidsconferentie is het belangrijkste platform op het gebied van hiv- en aidsbestrijding en biedt een breed spectrum van hiv-professionals de mogelijkheid hun expertise en ervaringen vanuit de wereld te delen. Naast wetenschappers geeft de conferentie ook de doelgroepen de mogelijkheid elkaar te ontmoeten en te informeren. Nederland heeft goed nationaal beleid rond de soa/hiv-bestrijding. De conferentie biedt de mogelijkheid de specifieke Nederlandse expertise te delen en te leren van mogelijkheden voor toepasbaarheid in de aanpak van de brede publieke gezondheid. De hoofdsponsors van de conferentie zijn de Minister van BHOS en de gemeente Amsterdam. Ook ik heb voor de conferentie budget beschikbaar gesteld, namelijk € 250.000.

Vraag 709

Hoe wil de regering het beleid ten aanzien van gezond ouder worden in 2018 versterken?

Antwoord:

Ik vind de beantwoording van deze vraag niet aan mij maar aan mijn opvolger.

Vraag 710

Hoeveel externen heeft VWS ingehuurd bij het ministerie, met welk doel en welke kosten zijn hieraan verbonden?

Antwoord:

Er wordt op het departement geen separate administratie bijgehouden, waarin wordt geregistreerd hoeveel externen bij het ministerie worden ingehuurd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Wel wordt de Tweede Kamer bij het jaarverslag geïnformeerd over de uitgaven aan externe inhuur. Tevens wordt in de bijlagen bij het jaarverslag een specificatie gegeven van de uitgaven voor inkoop van adviseurs en tijdelijk personeel (inhuur externen) conform de rijksbrede definitie in de Rijksbegrotingsvoor-
schriften.

Vraag 711

Welke onderzoeken heeft VWS extern laten uitvoeren en bij wie? Welke kosten gingen hiermee gemoeid? En is er tussen VWS en de onderzoekers gesproken over de concept conclusies?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 555 bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2017 (TK 2016–2017, 34 550, nr. 11).

Vraag 712

Kunt u een overzicht geven van congressen waaraan ambtenaren deelnamen? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven in 2017? Kunt u aangeven wat het doel was van deze congressen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 556 bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2017 (TK 34 550, nr. 11).

Vraag 713

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 557 bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2017 (TK 34 550, nr. 11).

Vraag 714

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 558 bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2017 (TK 34 550, nr. 11).

Vraag 715

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 558 bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2017 (TK 34 550, nr. 11).

Vraag 716

Hoeveel communicatiemedewerkers, of hoeveel FTE heeft het Ministerie VWS in dienst?

Antwoord:

De directie Communicatie heeft 43,8 fte communicatiemedewerkers in dienst.

Vraag 717

Kunt u aangeven wat de lhbt-monitor inhoudt?

Antwoord:

De LHBT-monitor 2016 is door het SCP gemaakt in opdracht van het Ministerie van OCW. Het geeft de meest recente informatie over de houding van de bevolking tegenover lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen (LHBT's) en de maatschappelijke positie op basis van grootschalige bevolkingsstudies. Het SCP analyseert de houding van de bevolking in verschillende Europese landen en in Nederland en besteedt aandacht aan verschillende aspecten van de leefsituatie van LHB's, zoals werksituatie, werkbeleving, leefstijl, veiligheidsbeleving en slachtofferschap van geweld.

Vraag 718

In hoeverre komt door het samengaan van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie voor de Jeugdzorg (IJZ), en naast de toename van de begrote uitgaven van € 700.000 naar € 2 mln. ook door toegenomen efficiëntie meer budget beschikbaar voor de kerntaken van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)?

Antwoord:

Vanwege de taakstelling uit het regeerakkoord van kabinet Rutte II wordt er in loop der jaren een oplopend bedrag in mindering gebracht op het budget van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting. Vanaf 2018 is dat een structureel bedrag van € 2 miljoen. De fusie van IGZ en IJZ is budgetneutraal.

De IGZ en IJZ werken al jaren intensief samen en werken sinds eind 2014 in het zelfde gebouw. De fusie leidt daarom niet direct tot efficiëntieslagen. Dit is overigens ook geen doelstelling van de fusie. De inspectie streeft naar een zo efficiënt en effectief mogelijk toezicht en blijft daarom ook in 2018 haar (toezicht)processen doorontwikkelen.

Vraag 719

Hoeveel apothekers bereiden op dit moment zelf geneesmiddelen?

Antwoord:

Volgens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) zijn er in Nederland 350 apotheken met bereidingsfaciliteiten. Volgens de IGJ i.o. bereidt slechts een klein deel hiervan intensief geneesmiddelen (circa 50 apotheken). De overige apotheken hebben weliswaar een bereidingsfaciliteit maar maken hier momenteel niet of weinig actief gebruik van.

Vraag 720

Hoeveel kost het om na enkele jaren na patentverloop meerdere preferente geneesmiddelen aan te wijzen, die qua prijs dicht bij elkaar liggen, met als doel dat patiënten minder hoeven te wisselen tussen generieke geneesmiddelen?

Antwoord:

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) heeft vorig jaar berekend wat het aanwijzen van meerdere preferente middelen zou kosten en kwam uit op een bedrag van € 15 miljoen. Zie ook het antwoord op vraag 582, gesteld naar aanleiding van de VWS-begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 721

De geraamde uitgaven Volledig pakket thuis nemen de komende jaren af. Kunt u toelichten wat de verklaring hiervan is?

Antwoord:

De uitgaven aan Volledig Pakket Thuis (VPT) zullen naar verwachting in de komende jaren toenemen vanwege demografische ontwikkelingen en loon- en prijsontwikkelingen. Dit is vanwege de technische verwerking van deze demografische en loon- en prijsontwikkelingen niet direct zichtbaar op de regel Volledig Pakket Thuis in de factsheet op blz 160 van de begroting (waarop de vraag is gebaseerd).

Voor alle sectoren binnen het BKZ geldt namelijk dat de gereserveerde groeiruimte vanaf 2019 en de middelen voor de loon- en prijsbijstelling vanaf 2018 gereserveerd staan op de post nominaal en onverdeeld. Deze bedragen worden jaarlijks aan de verschillende sectoren toegevoegd. Daarmee zijn er dus binnen de VWS-begroting voldoende middelen

gereserveerd voor de verwachte uitgavengroei van VPT. Zie tevens het antwoord op vraag 722.

Vraag 722

Hoe komt het dat posten zoals huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg etc vanaf dit jaar op een 0-lijn komen te staan? Wanneer worden deze posten geïndexeerd?

Antwoord:

Deze posten komen vanaf 2018 niet op een 0-lijn te staan. De groei ruimte per sector wordt pas verwerkt in de begroting van het betreffende jaar. De indexering als gevolg van de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling moet voor alle sectoren in de eerste lijn voor 2018 nog plaatsvinden. Dit zal net als vorig jaar bij de voorjaarsnota worden verwerkt.

Vraag 723

Kunt u toelichten welke kostenbesparingen er precies gemoeid gaan met de hoofdlijnenakkoorden?

Antwoord:

Als gevolg van de gematigde groei die is afgesproken in de bestuurlijke afspraken voor 2018 voor de sectoren MSZ, ggz, huisartsenzorg/multidisciplinaire zorg en wijkverpleging vallen de geraamde zorguitgaven vanaf 2018 € 280 miljoen lager uit.

Vraag 724

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:

Zie het antwoord op vraag 15

Vraag 725

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

Antwoord:

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
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	9,4
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
Nederland	9,2	9,2	9,5	10,2	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,7	10,5
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 statistics database (2017)

Vraag 726

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

Antwoord:

Zoals in het antwoord op vraag 196 wordt aangegeven, komt uit de beschikbare internationale vergelijkingen het beeld naar voren dat het Nederlandse zorgstelsel van een kwaliteit is die de vergelijking met andere ontwikkelde landen goed kan doorstaan. In het jaarverslag 2016 (TK 2016–2017, 34 725 XVI, nr. 1) wordt beschreven hoe Nederland bij enkele specifieke kwaliteitsindicatoren presteert in de curatieve zorg. Vergelijkbare kwaliteitsindicatoren zijn er niet voor de langdurige zorg.

Vraag 727

Kunt u aangeven in hoeverre de ramingen van de zorgkosten in de afgelopen 5 jaar feitelijk juist bleken te zijn?

Antwoord:

In de afzonderlijke jaarverslagen is aangegeven hoeveel de zorgkosten afweken van de ramingen in de betreffende begroting. In onderstaande tabel zijn deze gegevens samengebracht. Hierin is 2016 als laatste jaar opgenomen, omdat er voor 2017 uiteraard nog geen jaarverslag beschikbaar is.

Daarnaast is in de begroting 2018 op pagina 209 een overzicht gegeven van de procentuele bijstellingen van de zorguitgaven na totstandkoming van de betreffende jaarverslagen. Dit is nodig omdat ook na het jaarverslag realisatiecijfers nog worden bijgesteld. De figuur in de begroting 2018 is opgesteld op basis van de procentuele mutaties. In onderstaande tabel zijn beide verschillen in absolute bedragen weergegeven en opgeteld.

Tabel verschillen tussen ramingen en realisaties zorgkosten in de afgelopen 5 jaren (bedragen x € 1 miljoen)					
	2012	2013	2014	2015	2016
Raming netto BKZ-uitgaven (begrotingen)	63.546	65.801	67.826	66.391	67.841
Realisatie netto BKZ- uitgaven (jaarverslagen)	63.969	64.633	65.092	65.143	66.105
Vershil geraamde en gerealiseerde uitgaven (stand jaarverslagen)	423	-1.168	-2.735	-1.249	-1.737
Mutatie uitgaven na vaststellingen jaarverslag (stand OW 2018)	323	-396	-876	-1.087	-31
Totaal mutaties	746	-1.564	-3.611	-2.336	-1.767

Vraag 728

Wat waren in de afgelopen vijf jaar per jaar de verschillen tussen de ramingen van de zorgkosten en de uiteindelijke, feitelijke zorgkosten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 727.

Vraag 729

De afgelopen vijf jaar bedroeg de uitgavengroei van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) circa 1,4%. Waarom wordt er voor 2018 uitgegaan van 5,4%?

Antwoord:

Een deel van deze groeiversnelling is het gevolg van de stijging van het algemene prijspeil. De reële uitgavengroei (gecorrigeerd voor de stijging van het algemene prijspeil) bedraagt in 2018 naar verwachting 3,7%, tegenover 0,8% in de afgelopen vijf jaar. Deze cijfers zijn opgenomen op pagina 210 van de ontwerpbegroting.

Bovendien stijgen de voor de zorg relevante lonen en prijzen in 2018 naar verwachting harder dan het algemene prijspeil. De volumegroei, waarin wordt gecorrigeerd voor de totale stijging van de voor de zorg relevante

lonen en prijzen, bedraagt in 2018 1,9%. Er wordt in 2018 dus naar verwachting bijna 2% meer zorg geleverd dan in 2017. Dit betreft groei vanwege demografische factoren, vanwege technologische vooruitgang, vanwege stijging van de inkomens en vanwege beleidsmaatregelen, zoals de kwaliteitsverbetering in de verpleeghuiszorg.

Vraag 730

Welke besparing wordt verwacht door Brexit wat immers leidt tot lagere geneesmiddelenprijzen via de Wet Geneesmiddelenprijzen?

Antwoord:

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) schat dat de daling van de Britse pond voor de extramurale geneesmiddelen in 2017 leidt tot lagere uitgaven van € 100 miljoen. SFK geeft aan dat de prijzen in oktober 2016 met 1,6% zijn gedaald en op 1 april 2017 met nog eens 1,9%.

De hoofdreden van de daling lijkt de koers van de Britse pond. Door de werking van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) resulteert dit in lagere prijzen voor geneesmiddelen. De exacte opbrengst hiervan is lastig in te schatten (de WGP gaat uit van meerdere landen en deze landen verwijzen ook weer naar elkaar en prijzen kunnen ook dalen door andere effecten, zoals patentverloop). Tevens zijn de WGP-prijzen niet gelijk aan de inkooprijzen en/of declaraties. Een prijsdaling á 3,5% komt neer op € 100 miljoen (in 2016 waren de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen naar schatting grofweg € 3,1 miljard, 3,5% hiervan is afgerond € 100 miljoen).

Als een zelfde berekening voor intramurale geneesmiddelen (uitgaven in 2016 naar schatting € 1,97 miljard) wordt gedaan komt het bedrag van de uitgavendaling voor die geneesmiddelen op € 70 miljoen.

Vraag 731

Kunt u de extra investering in medische vervolgoopleidingen toelichten? Voor welke opleidingen wordt dit ingezet?

Antwoord:

In oktober 2016 heeft het Capaciteitsorgaan een nieuw capaciteitsplan uitgebracht. Dit Capaciteitsplan 2016 bevat adviezen over de instroom in de diverse zorgopleidingen die uit publieke middelen worden bekostigd. Om over voldoende goed opgeleid zorgpersoneel te beschikken om aan de toekomstige zorgvraag te kunnen voldoen heb ik besloten de maximumadviezen van het capaciteitsorgaan voor de ziekenhuisopleidingen (gespecialiseerde verpleegkundige en medische ondersteuners), de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde en de opleidingen tot beroepen in de geestelijke gezondheidszorg te volgen (TK 29 282 nr.274). De ramingen worden hiertoe opgehoogd. Daarbij is ook gecorrigeerd voor een in 2012 gemaakte extrapolatiefout (waardoor de budgetten in de jaren 2019 t/m 2021 € 59 miljoen te laag zijn vastgesteld).

Vraag 732

Er wordt een lagere opbrengst verwacht van het eigen risico tot aan 2021. Waar is dat op gebaseerd? Waarom blijft het oplopen? Wat was de opbrengst per jaar sinds de introductie van het eigen risico?

Antwoord:

Op pagina 172 van de begroting vindt u het antwoord op het eerste deel van deze vraag.

De oploop in de opbrengst van het eigen risico komt door de geraamde stijging van de zorguitgaven. Omdat de hoogte van het eigen risico gekoppeld is aan de zorguitgaven, stijgen de opbrengsten van het eigen risico mee.

In onderstaande tabel vindt u de opbrengsten van het eigen risico in miljoenen euro's:

Bedragen x € 1 miljoen	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Opbrengsten eigen risico	1.392	1.448	1.548	1.617	1.969	2.858	3.098	3.191	3.195	3.187	3.207

NB: Bovenstaande tabel geeft de geraamde opbrengst van het eigen risico. Zie ook het antwoord op vraag 787.

Vraag 733

Is de toename eerstelijnsverblijf in verhouding met afbouw verzorgingshuizen?

Antwoord:

Deze twee zorgvormen zijn niet met elkaar te vergelijken. Bij verzorgingshuizen betreft het een woonvorm terwijl eerstelijnsverblijf (ELV) kortdurende herstellende zorg is, dus een tijdelijke opname bij medische noodzaak met het oog op terugkeer naar huis. Dit betekent dus niet een permanente plek. Het gaat er om thuiswonende ouderen passende zorg te bieden wanneer hiertoe een medische noodzaak is. Ook binnen de Wmo wordt de mogelijkheid geboden voor tijdelijke opname wanneer het thuis even niet meer gaat, maar er geen medische noodzaak is. Er zijn dus diverse mogelijkheden om thuiswonende ouderen tijdelijk (extra) te ondersteunen. Overigens blijkt uit de marktscan van de NZa over de acute zorg (11 september 2017) dat er geen signalen zijn dat er landelijk onvoldoende ELV-capaciteit is ingekocht door zorgverzekeraars.

Vraag 734

Hoeveel huisartsen hebben in 2016 en 2017 geen contract afgesloten met de zorgverzekeraars?

Antwoord:

Uit de Marktscan Eerstelijnszorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (TK 33 578, nr. 42) blijkt dat de contracteergraad in de eerstelijnszorg, waaronder de huisartsen vallen, veelal hoog is. De zorgverzekeraars sloten in het algemeen met meer dan 90% of zelfs met meer dan 95% van de zorgaanbieders in de eerstelijnszorg een contract.

Vraag 735

Hoeveel zorgverzekeraars komen de afspraken niet na uit het gezamenlijke akkoord bekostiging huisartsenzorg?

Antwoord:

In het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg hebben huisartsen(organisaties), verzekeraars, patiënten en overheid afspraken over een veelheid aan onderwerpen gemaakt. Samen geven deze partijen uitvoering aan deze afspraken en samen bespreken zij ook de voortgang. De contractering voor 2018 is nu in volle gang. De ondertekenaars van het akkoord hebben afgesproken met elkaar in overleg te treden wanneer zou blijken dat de afspraken uit het akkoord structureel niet worden nageleefd.

Vraag 736

Kunt u aangeven op welke wijze de afgesproken groeirimte van 2,5% van het kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg gebruikt gaat worden om knelpunten uit het akkoord eerste lijn 2018 op te lossen?

Antwoord:

Op 1 juni 2017 is het addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 aan uw Kamer aangeboden (TK 33 578, nr. 43). In dit addendum zijn voor het jaar 2018 in aansluiting op het bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014–2017 afspraken gemaakt tussen huisartsen(organisaties), zorgverzekeraars, patiënten en overheid. Onderdeel van deze afspraken is dat voor de sector huisartsenzorg ook voor 2018 een groeipercentage is overeengekomen van 2,5% dat ingezet kan worden voor de huisartsenzorg (zowel de dagpraktijk als de ANW-zorg) en de organisatiekracht van de eerste lijn om de toenemende vraag te beantwoorden en samenwerking te bevorderen. Het is vervolgens aan verzekeraars en aanbieders om gezamenlijk te bezien welke opgave er ligt in de regio en daar afspraken over te maken.

Vraag 737

Hoeveel van deze groeirimte wordt in 2018 ingezet door zorgverzekeraars voor het oplossen van deze knelpunten?

Antwoord:

Met de groeiafpraak van 2,5% is er ook voor 2018 ruimte gecreëerd om de huisartsenzorg en de organisatiekracht in de eerste lijn te versterken. Verzekeraars bepalen zelf waar zij welke zorg inkopen, binnen de kaders die zij meekrijgen zoals bijvoorbeeld dat zij aan hun zorgplicht moeten voldoen. De NZa houdt hier toezicht op.

Vraag 738

Kunt u aangeven hoe het verminderen van de bureaucratie (zie pagina 10 beleidsagenda) ervoor zorgt dat alle knelpunten uit het akkoord 2018 worden opgelost?

Antwoord:

Artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners willen in de eerste plaats zorg bieden aan mensen. Daar ontlenen zij ook het meeste plezier en de meeste voldoening aan. Hun intrinsieke motivatie moet niet worden gesmoord in wetten en regels of die nu van de overheid komen, toezichthouders, verzekeraars, hun eigen instelling of van beroepsorganisaties. Ruimte is niet alleen nodig om hun dagelijks werk te kunnen doen, maar ook om te kunnen vernieuwen zodat patiënten nu en in de toekomst de beste zorg kunnen krijgen. Het verminderen van regeldruk is daarom een belangrijk afspraak in verschillende hoofdlijnenakkoorden, zoals het hoofdlijnenakkoord paramedische zorg 2018 en het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg. Deze akkoorden bevatten echter veel meer onderwerpen. Het verminderen van de bureaucratie lost niet alle in deze akkoorden aangepakte knelpunten op maar levert wel een belangrijke bijdrage.

Vraag 739

Kunt u het principe toelichten dat er in de éne sector iets wordt toegevoegd aan het basispakket (fysiotherapie) en dat dit gevolgen heeft in het kader van een andere sector (huisartsenzorg)?

Antwoord:

Het Zorginstituut heeft op 8 maart 2017 advies uitgebracht over de mogelijke opname van fysio- en oefentherapie in het basispakket bij de behandeling van artrose aan de heup- en kniegewrichten. Vanaf 2018

wordt de behandeling van knie- en heupartrose door fysiotherapeuten vanaf de eerste behandeling in het pakket vergoed. Hierdoor zullen de uitgaven voor fysiotherapie toenemen. Tegelijkertijd vinden er door deze substitutie besparingen plaats bij andere sectoren. De besparing treedt ondermeer op bij de MSZ, huisartsenzorg en wijkverpleging. Met mijn brief over de wijzigingen in het verzekerde pakket per januari 2018 (TK 2016–2017, 29 689, nr. 828) is de technische informatie meegestuurd. Hier zijn de berekeningen van het Zorginstituut terug te vinden voor substitutie die zal optreden met de opname van deze behandelingen in het verzekerde basispakket per 1 januari 2018.

Vraag 740

Kunt u aangeven op welke wijze de 0,4 mln. verschuiving van huisartsenzorg naar fysiotherapie per 2019 is berekend?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 739.

Vraag 741

Hoe staat het met de toezegging dat zorg dichterbij mensen thuis wordt georganiseerd (zorg op de juiste plek) (zie pagina 8 beleidsagenda)? Wanneer kunnen we daar de eerste resultaten van verwachten?

Antwoord:

Er zijn veranderingen aangebracht in wet- en regelgeving en in de bekostiging om zorg dichterbij mensen te brengen. Zodat zij de zorg en ondersteuning krijgen die zo goed mogelijk aansluit op hun behoefte, waarmee zij zo lang mogelijk thuis kunnen wonen en een zo actief en sociaal leven als mogelijk kunnen blijven leiden. Zo zijn er meer verantwoordelijkheden bij de gemeenten neergelegd, zodat zij zorg en ondersteuning dichterbij de mensen kunnen organiseren en zo meer maatwerk kunnen aanbieden. Wijkverpleegkundigen hebben meer ruimte gekregen om vanuit hun professionaliteit te handelen. Zorgverleners in de eerste lijn hebben meer mogelijkheden om maatwerk en innovatie vergoed te krijgen. En als het thuis even niet meer gaat, of als de medisch specialistische behandeling in het ziekenhuis is afgerond maar de patiënt nog niet in staat is naar huis terug te keren, behoort een kortdurende opname onder de Zvw (het zogenaamde eerstelijnsverblijf) tot de mogelijkheden. Maar hiermee is het nog niet klaar.

Partijen staan samen voor de opgave om te bezien hoe de zorg in Nederland het beste georganiseerd kan worden, inspelend op de veranderende zorgvraag. Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden zal dit ook continu aandacht blijven vragen. In veel contracten in 207 wordt tweedelijnszorg verplaatst naar de eerstelijns. Die lijn moet in 2018 versterkt worden doorgevoerd. In alle bestuurlijke akkoorden in de curatieve zorg zijn daarom voor 2018 afspraken gemaakt om verdere invulling te kunnen geven aan zorg op de juiste plek.

Vraag 742

Hoe gaat u ervoor zorgen dat de maximering van de uurprijs verloskundigen ook bij de verloskundigen zelf terecht komt (en niet blijft hangen bij de zorgverzekeraar)?

Antwoord:

Ik geef in het kader ruimte voor het contracteren binnen de nieuwe maximum tarieven voor de eerstelijns verloskunde per 2018. De totstandkoming van afspraken over de kwaliteit en prijs van de zorg is een proces dat plaatsvindt tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De

zorgverzekeraar heeft in dit proces de plicht om kwalitatief goede zorg in te kopen voor patiënten die betaalbaar en toegankelijk is.

Vraag 743

Wat wordt er verstaan onder de kwaliteitsgelden ggz? En waar komt die 7 miljoen die hiervoor is begroot vandaan?

Antwoord:

Bij dezen wil ik uw Kamer informeren dat er voor de uitvoering van de Agenda voor gepast gebruik en transparantie voor 2018 € 13 mln. in plaats van € 12 mln. beschikbaar wordt gesteld zoals nog vermeld op blz. 269 van de begroting. De extra € 1 mln. wordt besteed aan pilots die plaatsvinden in het kader van de ontwikkeling van de nieuwe ggz-bekostiging. Dit betekent dat er in totaal € 6 miljoen via de premies (Budgettair Kader Zorg, hierna: BKZ) en € 7 miljoen via de begroting beschikbaar is voor kwaliteitsmiddelen ggz. De middelen worden aangewend om uitvoering te geven aan de door de partijen opgestelde Agenda voor gepast gebruik en transparantie, bijvoorbeeld voor de ontwikkeling van zorgstandaarden. De financiële dekking van de kwaliteitsmiddelen wordt gevonden in het BKZ-kader geneeskundige ggz.

Vraag 744

Hoeveel mensen maken gebruik van de Wlz?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 103.

Vraag 745

Hoeveel verzorgingshuisplekken zijn er op dit moment?

Antwoord:

In 2016 bedroeg het aantal bezette verzorgingshuisplekken (zzp VV 1–10 zonder behandeling) circa 46 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 16,7 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 746

Hoeveel mensen hebben er nog een indicatie Zorgzwaartepakket (ZZP) 4? Hoeveel hiervan wonen in een instelling?

Antwoord:

Op 1 april 2017 hadden 31.701 mensen een indicatie voor zorgzwaartepakket VV 4 (bron: CIZ).

In 2016 woonden circa 23 duizend cliënten met een zzp VV 4 in een instelling. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 8,5 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar. Daarom is nog niet bekend hoeveel cliënten in 2017 in een instelling wonen.

Vraag 747

Hoeveel mensen hebben er nog een indicatie ZZP 5? Hoeveel hiervan wonen in een instelling?

Antwoord:

Op 1 april 2017 hadden 66.951 mensen een indicatie voor zorgzwaartepakket VV 5 (bron: CIZ).

In 2016 woonden circa 52 duizend cliënten met een zzp VV 5 in een instelling. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 19,1 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar. Daarom is nog niet bekend hoeveel cliënten in 2017 in een instelling wonen.

Vraag 748

Hoeveel verzorgingshuisplekken zijn er onder Rutte II verloren gegaan?

Antwoord:

Het aantal verzorgingshuisplekken (zonder behandeling) voor zzp VV 1–3 is tussen 2013 en 2016 afgenomen van circa 30 duizend naar 10 duizend. Het aantal verzorgingshuisplekken (zonder behandeling) voor zzp VV 4–10 is tussen 2013 en 2016 afgenomen van circa 42 duizend naar 35 duizend. Deze daling betreft grotendeels een omzetting van plaatsen zonder behandeling (verzorging) in plaatsen met behandeling (verpleeghuiszorg). Het aantal verpleeghuisplekken (met behandeling) is tussen 2013 en 2016 als gevolg daarvan gestegen van circa 74 duizend naar 80 duizend. Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar. (bron: het aantal plaatsen is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt; www.monitorlangdurigezorg.nl).

Vraag 749

Hoeveel verpleeghuisplekken zijn er op dit moment?

Antwoord:

In 2016 bedroeg het aantal bezette verpleeghuisplekken (zzp VV 1–10 met behandeling) circa 80 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 29,3 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar.

Vraag 750

Bestaat de Huishoudelijke hulp toelage nog?

Antwoord:

De middelen hiervoor zijn toegevoegd aan het gemeentefonds. Op 4 december 2015 hebben de VNG, de FNV, de CNV en VWS een gezamenlijke aanpak afgesproken voor het perspectief van de langdurige zorg en ondersteuning. Hierin is afgesproken dat het bedrag voor de decentralisatie-uitkering Huishoudelijke hulp toelage voor gemeenten beschikbaar is voor de doelen van reguliere werkgelegenheid, fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden en de kwaliteit van maatschappelijke ondersteuning.

Vraag 751

Het budget voor de Wmo 2015 wordt via de integratie-uitkering Sociaal Domein aan gemeenten uitgekeerd. Daarnaast ontvangen gemeenten ook budget via de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging, de decentralisatie-uitkeringen maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en huishoudelijke hulp toelage (HHT), en de algemene uitkering van het gemeentefonds. Kan dit bedrag uitgesplitst worden?

Antwoord:

Hieronder een uitsplitsing van het macrobudget dat gemeenten in 2017 via de verschillende uitkeringen ontvangen voor de uitvoering van de Wmo 2015. De decentralisatie-uitkering HHT is niet in het overzicht opgenomen, aangezien van een afzonderlijke uitkering geen sprake meer is. Voor de algemene uitkering geldt dat de middelen specifiek voor de

Wmo binnen deze uitkering niet afzonderlijk inzichtelijk zijn, maar onderdeel uitmaken van de bredere taakgebieden Maatschappelijke ondersteuning, Samenkracht & burgerparticipatie en Inkomen & participatie.

Uitkering	Bedrag 2017 (septembercirculaire 2017)
Integratie-uitkering Sociaal domein, deel Wmo 2015	€ 3.616 miljoen
Integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging	€ 1.245 miljoen
Decentralisatie-uitkering vrouwenopvang	€ 119 miljoen
Decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang	€ 385 miljoen
Algemene uitkering	Onbekend welke deel specifieke aan Wmo-taken besteed.

Vraag 752

Kan de beoogde wettelijke bevoegdheid om de gevolgen van kwaliteitsstandaarden op budgettaire aanvaardbaarheid te beoordelen leiden tot besluitvorming van het nieuwe kabinet om de voorziene budgettaire oploop/ingroei naar het kwaliteitskader, na 2018 te beperken?

Antwoord:

De precieze vormgeving van de beoogde wettelijke bevoegdheid wordt nu ambtelijk voorbereid zodat het nieuwe kabinet daarover een besluit kan nemen. Het nieuwe kabinet besluit over het in procedure te brengen wetsvoorstel. De voorziene budgettaire ingroei na 2018 op basis van het huidige Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt in beginsel niet beperkt door de beoogde wetwijziging. Naast de beoogde wetwijziging worden landelijke contextgebonden normen voor de personeelsbezetting ontwikkeld ter vervanging van de huidige tijdelijke normen in het kwaliteitskader. Deze opdracht vanuit het huidige kwaliteitskader kan leiden tot aanpassing van de uiteindelijke bijdrage vanuit het Budgettair Kader Zorg.

Vraag 753

Hoe wordt gewaarborgd dat de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) in de handhaving en zorgverzekeraars/zorgkantoren in de contractering zich baseren op de feitelijke ingroei en geen verdergaande eisen zullen stellen?

Antwoord:

De zorgkantoren hebben voorafgaand aan het jaar een inkoopkader gepubliceerd. Daarin is opgenomen dat zij vanaf 2018 het kwaliteitskader als uitgangspunt nemen bij hun inkoopbeleid. De Inspectie heeft het kwaliteitskader meegenomen in haar nieuwe toetsingskader dat zij vanaf 13 maart 2017 hanteert bij haar toezicht op de verpleegzorg en de gehandicaptenzorg. Ook de andere geldende wet- en regelgeving zijn de grondslag voor het toezicht. De Inspectie, NZa en het Zorginstituut stemmen met inachtneming van ieders rol en verantwoordelijkheden hun werkzaamheden rondom de implementatie van het kwaliteitskader af.

Vraag 754

Kunt u toelichten welke verpleeghuizen een maximum van 15% van de tijd die verzorgers aan administratieve lasten moeten besteden, halen?

Antwoord:

VWS beschikt niet over dergelijke gegevens. Wel is eerder uit bijvoorbeeld uit het traject «InvoorZorg» gebleken dat wanneer de werkprocessen zo ingericht worden dat de zeggenschap zo dicht mogelijk bij de professional

op de werkvloer wordt neergelegd er in samenspraak met de cliënt en zijn sociale omgeving een grotere doelmatigheid in zorgprocessen kan worden bereikt.

Vraag 755

Hoeveel zorgverleners maken gebruik van e-health en domotica bij ouderen thuis?

Antwoord:

Over de uitkomsten van de jaarlijkse e-health monitor, die een actueel beeld geeft van het gebruik van e-health, zal ik u voor het einde van het jaar informeren. Het beeld van de eerdere rapportage, die in 2016 verscheen (Kamerstuk 2016–2017, 27 529, nr. 141), was dat een aantal vormen van e-health, zoals thuisalarmering en zelfstandige metingen, op aanzienlijke schaal wordt toegepast. Circa 45% van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen voert zelfstandig zijn metingen uit (gewicht, bloeddruk, bloedsuiker). Het percentage mensen dat beschikt over thuisalarmering ligt op 26%. Anderzijds was zichtbaar dat inzage in de gegevens en visueel contact om extra inspanning vragen om gemeengoed te worden. Bij 17% van de kwetsbare ouderen worden gezondheidswaarden op afstand gevolgd door een zorgverlener. Daarnaast was er in 2015 voor 5% visueel contact via een beeldscherm met een zorgverlener.

Vraag 756

Hoeveel ouderen krijgen zorg thuis?

Antwoord:

In totaal hebben in 2015 421.795 mensen met een leeftijd van 65 of ouder wijkverpleging gekregen (Bron: Monitor Langdurige Zorg). In de eerste helft van 2015 maakte ruim een derde van de 80-plussers (36%) gebruik van een Wmo-maatwerkvoorziening, overwegend huishoudelijke hulp (77% van alle ondersteuning). Bij 65–80-jarigen komt het gebruik met 12% aanzienlijk lager uit en maakt huishoudelijke hulp een iets minder groot aandeel van de totale ondersteuning uit (66%) (Bron: Overall rapportage sociaal domein 2015). Hierbij geldt dat mensen zowel gebruik kunnen maken van de Wmo als van wijkverpleging. Voor de Wlz zijn deze cijfers vooralsnog alleen met betrekking tot gebruikers van het pgb beschikbaar. Dit betreft 8.925 personen van 65 jaar of ouder (Bron: Monitor Langdurige Zorg).

Vraag 757

Ervan uitgaande dat het kabinet incidentieel € 100 miljoen beschikbaar heeft gesteld voor de verpleeghuislocaties waar verbetering van kwaliteit het hardste nodig is; Naar welke locaties zijn er al betalingen gedaan? Hoeveel geld hebben deze locaties gekregen? Waaraan hebben zij dit geld besteed?

Antwoord:

In 2017 is € 100 miljoen incidentieel beschikbaar gesteld voor verpleeghuizen waar verbetering van kwaliteit het hardste nodig is. De zorgkantoren en de NZa zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze maatregel en hebben hierover contact met de betreffende aanbieders. In het aanmeldproces bij de zorgkantoren is daarnaast de expertise van het programma «Waardigheid en Trots» ingezet. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft mij op 27 juli 2017 een brief gestuurd waarin zij de resultaten van het gelopen proces op hoofdlijnen schetst. De uiteindelijke verantwoording nemen de betreffende verpleeghuislocaties op in het kwaliteitsplan en -verslag. Conform het Kwaliteitskader heeft elke verpleeghuis-

organisatie in 2017 een kwaliteitsplan opgesteld. Het eerstvolgende kwaliteitsverslag dient uiterlijk 1 juli 2018 te zijn opgesteld.

ZN geeft aan dat 54 unieke zorgaanbieders en daarvan 336 verpleeghuislocaties de extra middelen in juli 2017 toegekend hebben gekregen. Het gaat daarbij om 23.119 cliënten. In totaal is € 94,5 miljoen toegekend. Inmiddels is het grootste gedeelte van de middelen in augustus en september jl. aan de zorgaanbieders uitgekeerd. Het resterende deel volgt de komende maanden. Als het gaat om het bedrag per locatie, dan heeft de betreffende aanbieder in de aanvraagprocedure bij het zorgkantoor een voorstel met maatregelen en kostenopgave gedaan. Zorgkantoren hebben een maximaal bedrag per bewoner van afgerond € 4.300 gehanteerd om te voorkomen dat de € 100 miljoen zou worden overschreden. In sommige gevallen betekent dit dat een aanbieder minder geld heeft ontvangen dan zij heeft aangevraagd. De NZa heeft tot slot, na goedkeuring van het verzoek van het zorgkantoor en de aanbieder, het tarief op basis van de prestatiebeschrijving vastgesteld en een beschikking afgegeven. De NZa heeft laten weten dat zes bezwaarzaken nog bij hen in behandeling zijn.

ZN schetst in haar brief dat de maatregelen die aanbieders inzetten divers zijn en aansluiten bij de praktijk van de zorglocaties. Enkele voorbeelden die worden genoemd zijn: 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 758

Zijn de begin dit jaar beschikbaar gestelde middelen voor verbetering van kwaliteit van verpleeghuizen waar die het hardste nodig was allemaal besteed? Waaraan is het geld besteed en welk resultaat is er geboekt?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 757.

Vraag 759

Kunt u aangeven welk deel van de investeringen in verpleeghuiszorg, specifiek als het gaat om opleiding, om- en bijscholing, beschikbaar worden gesteld voor specialistische dementiezorg? Kan dit over de jaren 2017–2021 nader gespecificeerd worden voor de bestedingen ten aanzien van 1) kwaliteit verpleeghuiszorg (incidenteel), 2) het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (structureel) en 3) van de transitie en uitvoeringskosten kwaliteitskader?

Antwoord:

Dat is niet mogelijk. De middelen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (zowel de incidentele als de structurele) en de middelen voor de transitie- en uitvoeringskosten zijn niet gesegmenteerd naar verschillende doelgroepen, zoals specialistische dementiezorg. Het is de taak van de verpleeghuizen om deze middelen in lijn met het kwaliteitskader in te zetten voor goede zorg voor al hun bewoners. Daarbij geldt dat bijna 70% van de cliënten in verpleeghuizen een indicatie op het gebied van dementie heeft (met name VV5 of VV7).

Vraag 760

Wordt er bij de bestedingen in de verpleeghuiszorg budget geoormerkt voor de specialistische verzorging en verpleging van de 70% van de bewoners in het verpleeghuis met dementie?

Antwoord:

Nee. Er is geen sprake van een oormerking van een budget voor dementie vanuit de middelen voor het kwaliteitskader. Het is de taak van de verpleeghuizen om deze middelen in lijn met het kwaliteitskader in te zetten voor goede zorg voor al hun bewoners met een indicatie voor verpleeghuiszorg (zzp 4 t/m 10).

Vraag 761

Kunt u aangeven welk deel van de investeringen in verpleeghuiszorg, specifiek als het gaat om opleiding, om- en bijscholing, beschikbaar worden gesteld voor specialistische dementiezorg? Kan dit over de jaren 2017–2021 nader gespecificeerd worden voor de bestedingen ten aanzien van (1) Kwaliteit verpleegzorg (incidenteel), (2) het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (structureel) en (3) voor de transitie en uitvoeringskosten kwaliteitskader?

Antwoord:

De specifieke middelen van in totaal € 347 miljoen voor de arbeidsmarkt-agenda 2023 zijn niet op dit niveau geoormerkt. Er is daarom ook geen nadere specificatie voorhanden.

Vraag 762

Wordt er bij de bestedingen in de verpleeghuiszorg budget geoormerkt voor de specialistische verzorging en verpleging voor de 70% van de bewoners in het verpleeghuis met dementie?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 760.

Vraag 763

Wordt er bij de bestedingen in de verpleeghuiszorg budget geoormerkt voor de specialistische verzorging en verpleging voor de 70% van de bewoners in het verpleeghuis met dementie?

Antwoord:

Zie het antwoord op de vraag 760.

Vraag 764

Kunt u aangeven welk deel van de investeringen in verpleeghuiszorg, specifiek als het gaat om opleiding, om- en bijscholing, beschikbaar worden gesteld voor specialistische dementiezorg? Kan dit over de jaren 2017–2021 nader gespecificeerd worden voor de bestedingen ten aanzien van (1) Kwaliteit verpleegzorg (incidenteel), (2) het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (structureel) en (3) voor de transitie en uitvoeringskosten kwaliteitskader?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 761.

Vraag 765

Kunt u aangeven welk deel van de investeringen in verpleeghuiszorg, specifiek als het gaat om opleiding, om- en bijscholing, beschikbaar worden gesteld voor specialistische dementiezorg? Kan dit over de jaren 2017–2021 nader gespecificeerd worden voor de bestedingen ten aanzien van (1) Kwaliteit verpleegzorg (incidenteel), (2) het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (structureel) en (3) voor de transitie en uitvoeringskosten kwaliteitskader?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 761.

Vraag 766

Hoeveel mensen hebben er nog een indicatie ZZP 1? Hoeveel hiervan wonen in een instelling?

Antwoord:

Op 1 april 2017 hadden 1.128 mensen een indicatie voor zorgzwaartepakket VV 1. Op 1 juli 2016 was dat aantal 1.398 personen (bron: CIZ). In 2016 woonden circa 800 cliënten met een zzp VV 1 in een instelling. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 0,3 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar. Daarom is nog niet bekend hoeveel cliënten in 2017 in een instelling wonen.

Vraag 767

Hoeveel mensen hebben er nog een indicatie ZZP 2? Hoeveel hiervan wonen in een instelling?

Antwoord:

Op 1 april 2017 hadden 3.396 mensen een indicatie voor zorgzwaartepakket VV 2. Op 1 juli 2016 was dat aantal 4.470 personen (bron: CIZ). In 2016 woonden circa 2.900 cliënten met een zzp VV 2 in een instelling. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 1,1 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar. Daarom is nog niet bekend hoeveel cliënten in 2017 in een instelling wonen.

Vraag 768

Hoeveel mensen hebben er nog een indicatie ZZP 3? Hoeveel hiervan wonen in een instelling?

Antwoord:

Op 1 april 2017 hadden 6.264 mensen een indicatie voor zorgzwaartepakket VV 3. Op 1 juli 2016 was dat aantal 9.995 personen (bron: CIZ). In 2016 woonden 6.400 cliënten met een zzp VV 3 in een instelling. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg hebben gemaakt. In 2016 betroffen deze afspraken 2,4 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar. Daarom is nog niet bekend hoeveel cliënten in 2017 in een instelling wonen.

Vraag 769

Wat heeft de maatregel extramuraliseren ZZP 1 t/m 3 de afgelopen 4 jaar opgeleverd?

Antwoord:

Onderstaand tabel geeft een beeld van de geactualiseerde netto-besparingen door de maatregel «extramuraliseren ZZP 1 t/m 3» van de afgelopen vier jaar. Deze lopen op tot € 170 miljoen in 2016 tot € 235 miljoen structureel.

	2013	2014	2015	2016
Netto effect extramuralisering (bedragen x € 1 miljoen)	- 20	- 50	- 130	- 170

Vraag 770

Hoe verhoudt de verlaging van de Wlz-groeirimte zich tot de ophoging van het WLZ-kader met circa 2 miljard? Met andere woorden hoe moet deze systematiek van ophogen van het kader en tegelijkertijd verlagen van groeirimte gezien worden?

Antwoord:

Het Wlz-kader wordt met structureel € 2,1 miljard verhoogd in verband met het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het kabinet heeft deze extra kosten (structureel) verwerkt in de begroting. Daarbij is binnen de integrale budgettaire besluitvorming over het Budgettaire Kader Zorg gedurende enkele jaren een bedrag aan groeirimte Wlz (€ 70 miljoen in 2019 en € 75 miljoen in de jaren 2019–2022) als gedeeltelijke dekking ingezet.

Vraag 771

Klopt het dat de tijdelijke subsidieregeling zorginfrastructuur in het afgelopen jaar niet volledig benut is? Hoe valt dat te verklaren? Op basis waarvan is dan toch de behoefte aan een nieuwe regeling vastgesteld?

Antwoord 771:

Voor 2017 stond de regeling alleen open voor zorgaanbieders die ook in 2013 al een subsidie hebben ontvangen. Zij hebben allen weer een aanvraag ingediend. Het was niet mogelijk voor andere aanbieders om een aanvraag in te dienen. De behoefte aan een nieuwe regeling in 2018 was ingegeven door de signalen uit het veld dat het bij een aantal zorgaanbieders nog niet was gelukt om structurele financiering te regelen met vooral gemeenten. Bij de nadere uitwerking is naar voren gekomen dat een nieuwe regeling op landelijk niveau niet gewenst is en ook stuit op juridische bezwaren. Tegen deze achtergrond is in het bestuurlijk overleg met de VNG afgesproken dat er een bedrag van € 27,8 miljoen beschikbaar wordt gesteld aan gemeenten waarmee zij bestaande of nieuwe projecten kunnen financieren. Gemeenten hebben beleidsvrijheid in de aanwending van deze middelen.

Vraag 772

Hoe verhoudt de verlaging groeirimte Wlz, ter dekking van de verpleeghuiszorg, zich tot de beleidsdoelstelling dat meer mensen langer thuis zullen blijven wonen? Kan de Minister aangeven hoe de raming voor de groeirimte tot stand is gekomen en wat dit betekent voor de thuiszorg voor het groeiend aantal mensen met dementie die thuis wonen?

Antwoord:

Het kabinet heeft besloten om voor een periode van enkele jaren een bedrag aan groeirimte Wlz in te zetten als gedeeltelijke dekking voor de meerkosten van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het gaat hierbij om een bedrag van € 70 miljoen in 2019 en € 75 miljoen in de jaren 2019–2022. Dit komt overeen met een tijdelijke verlaging met ongeveer 0,3% van de groeirimte. Er blijft voor de Wlz in 2019 per saldo een groeirimte beschikbaar van meer dan 2%, hetgeen ruim boven de groeirimte vanwege demografische ontwikkelingen ligt (1,8%). De raming voor de groeirimte is opgesteld door het CPB in zijn middellange-termijnraming 2018–2021. De tijdelijke verlaging van de groeirimte is daarmee verantwoord in het licht van het toenemende aantal mensen dat langer thuis blijft wonen, waaronder een groeiend aantal cliënten met dementie.

Vraag 773

Hoe verhoudt de verlaging van de groeirimte Wlz, ter dekking van de Verpleeghuiszorg, zich tot de beleidsdoelstelling dat meer mensen langer

thuis zullen blijven wonen? Kan de Minister aangeven hoe de raming voor de groeiruumte tot stand is gekomen en wat dit betekent voor de thuiszorg voor de groeiende aantallen mensen met dementie die thuis wonen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 772

Vraag 774

Hoe verhoudt de verlaging van de groeiruumte Wlz, ter dekking van de Verpleeghuiszorg, zich tot de beleidsdoelstelling dat meer mensen langer thuis zullen blijven wonen? Kunt u aangeven hoe de raming voor de groeiruumte tot stand is gekomen en wat dit betekent voor de thuiszorg voor de groeiende aantallen mensen met dementie die thuis wonen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 772.

Vraag 775

De groeiruumte Wlz wordt verlaagd met € 70 miljoen in 2019 oplopend naar € 75 miljoen vanaf 2020 tot 2022 ter (gedeeltelijke) dekking van de extra middelen voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Hoeveel WLZ groeiruumte is er dan nog voor de komende jaren beschikbaar en hoe is dat tussen de verschillende sectoren verdeeld (gehandicaptenzorg, ouderenzorg, Wlz zorg thuis)?

Antwoord:

De dekking van € 70 miljoen in 2019 oplopend naar € 75 miljoen vanaf 2020 tot 2022 is gerealiseerd via de inzet van een beperkt deel van de groeiruumte Wlz 2019. Dit betekent een incidentele verlaging van groeiruumte met ongeveer 0,3%. Er blijft hiermee voor 2019 per saldo een groeiruumte Wlz beschikbaar van meer dan 2%. Dit ligt ruim boven de groeiruumte vanwege demografische ontwikkelingen (1,8%). De verdeling van de groeiruumte over de verschillende sectoren van de Wlz zal (net zoals voor alle sectoren binnen het BKZ) jaarlijks bij de Voorjaarsnota plaatsvinden.

Vraag 776

Wat gaat er gefinancierd worden uit het Transformatiefonds?

Antwoord:

In het bestuurlijk overleg van 28 augustus 2017 tussen de VNG en het Rijk is het voornemen uitgesproken in november a.s. een voorstel voor een transformatiefonds gereed te hebben. De ervaringen vanuit de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) worden bij de uitwerking betrokken. Centraal staat het bevorderen van de transformatie in gemeenten en regio's en de gewenste inhoudelijke vernieuwingen in het zorglandschap. Belangrijk onderscheid bij de verdere uitwerking is de vraag wat lokaal, regionaal of landelijk moet worden aangepakt. Het transformatiefonds is niet specifiek bedoeld om tekorten bij gemeenten te reduceren.

Vraag 777

De groeiruumte van de Wlz wordt met 70 miljoen verlaagd, als dekking voor het kwaliteitskader. Kan aangegeven worden waaraan binnen de Wlz dit bedrag precies onttrokken wordt?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 772.

Vraag 778

Hoeveel mensen maken gebruik van een Modulair Pakket Thuis?

Antwoord:

Het Zorginstituut Nederland stelt gegevens beschikbaar aan VWS over het gebruik van zorg. Dit zijn gegevens over het aantal cliënten dat op een peildatum gebruik maakt van zorg. Op 1 januari 2017 waren er circa 24 duizend cliënten met een modulair pakket thuis (bron: Zorginstituut Nederland).

Vraag 779

Hoeveel ziekteverzuim is er onder oudere werknemers in de verpleeghuizen?

Antwoord

Het ziekteverzuimpercentage in de verpleeg- en verzorgingsector met overnachting is in 2016 6% (Bron Centraal bureau voor de statistiek). Er zijn geen gegevens van ziekteverzuim uitgesplitst naar leeftijd beschikbaar.

Vraag 780

In het Kwaliteitskader is omschreven dat de sector op basis van opgedane kennis en ervaring landelijke context-gebonden normen ontwikkeld voor voldoende personeel en vakbekwaam personeel. Wanneer zijn deze normen ontwikkeld en wanneer wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

Antwoord:

In hoofdstuk 6 van het kwaliteitskader is aangegeven dat de relevante sectorpartijen de opdracht krijgen om op basis van de opgedane kennis en ervaringen landelijke context-gebonden normen te ontwikkelen voor voldoende en vakbekwaam personeel (gereed eind 2018). Zodra deze normen gereed zijn, zal de Tweede Kamer worden geïnformeerd.

Vraag 781

Kunt u aangeven op welke wijze gewaarborgd wordt dat de overheveling van het budget voor de lage ZZP ouderenzorg (1 t/m 3) naar de Wmo besteed zal gaan worden aan ondersteuning voor ouderen zoals respijtzorg en mantelzorgondersteuning?

Antwoord:

Iemand die voorheen werd geïndiceerd met een ZZP 1-3 valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Op het moment dat iemand zich wendt voor ondersteuning tot de gemeente zal de gemeente een onderzoek moeten doen naar wat iemand aan ondersteuning nodig heeft. Daarbij dient de gemeente bij het onderzoek ook de positie van de mantelzorger te betrekken.

Vraag 782

Kunt u aangeven op welke wijze gewaarborgd wordt dat de overheveling van het budget voor de lage ZZP ouderenzorg (VV1 t/m VV3) naar de Wmo besteed zal worden aan ondersteuning voor ouderen, zoals respijtzorg en mantelzorgondersteuning?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 781.

Vraag 783

Op welke wijze komt overheveling van het budget voor de lage ZZP ouderenzorg (VV1 t/m VV3) naar de Wmo ten goed aan ondersteuning voor ouderen, zoals respijtzorg en mantelzorgondersteuning?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 781.

Vraag 784

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

Antwoord:

- 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 euro 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. Deze gegevens zijn voor 2016 nog niet beschikbaar.

Vraag 785

Hoeveel mensen hebben het eigen risico vrijwillig verhoogd tot respectievelijk 485 euro, 585 euro, 685 euro, 785 euro en 885 euro in het afgelopen jaar?

Antwoord:

De Zorgthermometer van Vektis laat zien dat in totaal 12 procent van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico heeft gekozen. Van de mensen met een vrijwillig eigen risico heeft:

- 10,7% een vrijwillig eigen risico van € 100 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 485 euro);
- 9,7% een vrijwillig eigen risico van € 200 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 585 euro);
- 5,5% een vrijwillig eigen risico van € 300 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 685 euro);
- 1,6% een vrijwillig eigen risico van € 400 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 785 euro);
- 72,5% een vrijwillig eigen risico van € 500 (waarmee het totale eigen risico uitkomt op € 885 euro).

Vraag 786

Kunt u een overzicht sturen van de hoogte van het eigen risico vanaf 2006 t/m 2018?

Antwoord:

Hier volgt een overzicht van de hoogte van het eigen risico in euro's:

Bedragen in euro's	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hoogte eigen risico	255 ¹	255 ¹	150	155	165	170	220	350	360	375	385	385	385

¹ In 2006 en 2007 was er sprake van een no-claimkorting van maximaal € 255.

Vraag 787

Brengen de opbrengsten van het eigen risico op wat was verwacht?

Antwoord:

De daadwerkelijke opbrengst van het eigen risico wordt niet regulier gemonitord. Wel rapporteert het Zorginstituut Nederland in zijn Jaarverslag fondsen de voorlopige vaststelling van de normatieve opbrengst van het eigen risico. Dit is de raming van het eigen risico gecorrigeerd voor het daadwerkelijk aantal verzekerden in een jaar.

Volgens het Jaarverslag fondsen van het Zorginstituut is de voorlopige vaststelling van de normatieve opbrengst van het eigen risico € 3.181,0 miljoen in 2015, tegenover een geraamde opbrengst van € 3.191,0 miljoen (zie ook het antwoord op vraag 732). Dit zijn de meest recente beschikbare realisatiegegevens.

Vraag 788

Wat wordt de verwachte opbrengst van het eigen risico volgend jaar?

Antwoord:

In de VWS-begroting 2018 werd een opbrengst verwacht van € 3,3 miljard (zie de tabel op pagina 198). Na verwerking van de Wet van 27 september 2017 tot het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2018 (TK 34 792, nr. 2) is deze raming verlaagd met € 101 miljoen en bedraagt deze nu € 3,2 miljard.

Vraag 789

Hoeveel mensen hebben zorg vermeden vanwege het eigen risico vanaf 2006 t/m 2017? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 4.

Vraag 790

Hoeveel mensen hebben hun gehele eigen risico opgemaakt in het afgelopen jaar?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 784.

Vraag 791

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

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 792

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben hun gehele eigen risico opgemaakt in het afgelopen jaar?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 794.

Vraag 793

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

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 794

Wat is de verhouding van mensen die chronisch ziek zijn en mensen die niet chronisch h ziek zijn als het gaat om het volledige verbruik van het eigen risico?

Antwoord:

Er bestaat geen eenduidige definitie voor chronisch ziek. Daarom is in de kamerbrief d.d. 3 november 2016 (TK 29 538, nr. 231) aangesloten bij de

definitie die gehanteerd wordt in het kader van de risicoverevening. Iemand wordt hierbij als chronisch ziek beschouwd indien hij/zij in een Diagnosekostengroep (DKG), Farmaciekostengroep (FKG), Hulpmiddelenkostengroep (HKG) of Meerjarig hoge kosten (MHK) valt.

In onderzoek rondom de risicoverevening is aandacht besteed aan de vraag in hoeverre chronisch zieken en niet-chronisch zieken kosten onder het verplicht eigen risico maken. Hieruit komt naar voren dat 82 procent van de chronisch zieken en 31 procent van de niet-chronisch zieken het verplicht eigen risico volmaakt. Dit betreft data uit 2015.

Vraag 795

Wat zijn de uitvoeringskosten gemoeid met het de uitvoering van het eigen risico?

Antwoord:

Het CPB heeft de uitvoeringskosten geraamd op € 40 miljoen. Zie *Zorgkeuzes in Kaart*, het voorstel 021: Verhogen of verlagen van het eigen risico.

Vraag 796

Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2017 heeft geleid tot het minder gebruik maken van zorg en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord:

Nee, dit inzicht heb ik niet. In 2015 heeft het Nivel een omvangrijk onderzoek naar de aard en omvang van zorgmijding afgerond (zie Kamerstuk 29 689, nr. 664). In plaats van nieuwe onderzoeken naar zorgmijding uit te zetten, heeft de nadruk in de afgelopen jaren gelegen op de inzet van maatregelen om te voorkomen dat mensen ongewenst afzien van zorg. Zo heb ik zeer recentelijk nog toegezegd (Kamerstuk 29 689, nr. 846) een social mediacampagne op te zetten waarin verzekerden gewezen worden op de uitzonderingen op het eigen risico. Een overzicht van de compensatiemaatregelen voor verzekerden vindt u terug in de kamerbrief van 3 november 2016 (Kamerstuk 29 538, nr. 231).

Vraag 797

Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of afgehaald vanaf 2006 t/m 2017?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik allereerst naar het antwoord op vraag 817 van de Kamervragen naar aanleiding van de Begroting VWS 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11). In dat antwoord wordt een overzicht gegeven voor de jaren 2006–2016.

In het basispakket 2017 zijn geen politiek besloten beperkingen aangebracht. Het basispakket is in 2017 wel groter geworden met de volgende politiek besloten uitbreidingen:

- fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen);
- plastische chirurgie bij het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie;
- borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst;
- circumcisie om medische redenen;
- (uitgestelde) fronttandvervangning bij verzekerden tot hun drieëntwintigste levensjaar;
- bijzondere tandheelkunde, implantaatgedragen gebitsprothesen voor verzekerden die voor eigen rekening implantaten hebben laten plaatsen.

Daarnaast is in het jaar 2017 een aantal behandelingen voorwaardelijk toegelaten tot het basispakket:

- geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met autologe stamceltransplantatie voor behandeling van stadium III BRCA1-like borstkanker;
- combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht.

Vraag 798

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die de bestuursrechtelijke premie betalen? En hoe was die verdeling per jaar in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017?

Antwoord:

Gegevens over de verdeling naar inkomensgroepen zijn alleen beschikbaar voor 2013, 2014 en 2015.

In de onderstaande tabel (bron CBS) is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden.

Inkomensgroep	2013	2014	2015 ¹
Totaal	281.240	296.590	282.190
< € 10.000	54.400	57.300	42.760
€ 10.000 tot € 20.000	159.100	163.500	150.630
€ 20.000 tot € 30.000	54.200	60.500	65.010
€ 30.000 tot € 40.000	10.900	12.300	15.850
€ 40.000 tot € 50.000	1.700	2.000	2.960
> € 50.000	600	700	1.130

¹ Met ingang van 2015 is onder andere een deel van het eigenwoningbezit meegenomen bij het afleiden van het inkomen, wat tot hogere besteedbare inkomens leidt. Hierdoor zijn de cijfers van 2014 en 2015 minder goed vergelijkbaar.

Vraag 799

Wat waren de landelijke uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars inzake het treffen van betalingsregelingen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017? Is hier een trend in te herkennen? En zo ja, kunt deze verklaren?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 755 van de Kamervragen naar aanleiding van de VWS-begroting 2017 (TK 34 550-XVI, nr. 11).

Vraag 800

Hoeveel mensen maakten in 2017 gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering die in samenwerking met de gemeente aangeboden wordt? En hoeveel mensen waren dat in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017?

Antwoord:

Uit het onderzoek van Zorgweb dat in opdracht van VWS is uitgevoerd blijkt dat volgens opgave van verzekeraars in 2016 609.242 personen verzekerd waren via een gemeentelijk collectief. Dat is hoger dan in eerdere jaren. Van alle gemeenten biedt 98% een dergelijke collectieve voorziening aan. Goed vergelijkbare data voor andere jaren zijn mij niet bekend.

Vraag 801

Hoeveel mensen hebben een naturapolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

- In 2017 zijn er 58 verschillende zorgpolissen op de markt; 32 daarvan zijn naturapolissen.
- Driekwart van de verzekerden heeft een naturapolis in 2017.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een naturapolis per verzekeraar. Wel over het aantal naturapolissen per verzekeraar. Achmea heeft 11 naturapolissen, ASR 1, CZ 3, DSW 0, ENO 2, Menzis 3, ONVZ 0, VGZ 11 en Zorg en Zekerheid 1.

Vraag 802

Hoeveel mensen hebben een budgetpolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

- Een budgetpolis is een naturapolis. Een budgetpolis heeft meer beperkende voorwaarden dan een gemiddelde naturapolis. Zo kunnen er bijvoorbeeld minder zorgaanbieders gecontracteerd zijn en/of is de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager dan 75%. Daar staat tegenover dat de premie voor een budgetpolis vaak lager is dan voor een gemiddelde naturapolis.
- Er zijn 14 polissen met beperkende voorwaarden in 2017. In 2016 waren dit er 13 en in 2015 waren dit er 17.
- Het aandeel verzekerden met een budgetpolis is 13,1% in 2017 (dat zijn 2,22 miljoen verzekerden). In 2016 was dit 8,6% en in 2015 was dit 7,3%.

In de Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2017 die ik op 5 oktober jl. aan u heb aangeboden heeft de NZa specifiek aandacht besteed aan de budgetpolis en gebruikers ervan. Hieruit blijkt dat vooral personen onder de 35 jaar en gezonde verzekerden kiezen voor een budgetpolis.

Vraag 803

Hoeveel mensen maakten in 2017 gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering die in samenwerking met de gemeente aangeboden wordt? En hoeveel mensen waren dat in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 800.

Vraag 804

Hoeveel mensen hebben een restitutiepolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

- In 2017 zijn er 58 verschillende polissen op de markt, waaronder 21 restitutiepolissen.
- Bijna 20% van de verzekerden heeft een restitutiepolis in 2017.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een restitutiepolis per verzekeraar. Wel over het aantal restitutiepolissen per verzekeraar. Achmea heeft 6 restitutiepolissen, ASR 1, CZ 4, DSW 1, ENO 0, Menzis 1, ONVZ 1, VGZ 6 en Zorg en Zekerheid 1.

Vraag 805

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

Antwoord:

In 2017 zijn 14,3 miljoen verzekerden aanvullend verzekerd. Dit is 84,1% van de verzekerden (tegenover 84,3% in 2016). Het aandeel collectief verzekerden met een aanvullende verzekering is 88,7% in 2017. Het aandeel individueel verzekerden met een aanvullende verzekering is 74,8% in 2017. Er zijn bij VWS geen gegevens bekend over het aantal afgesloten aanvullende verzekeringen per zorgverzekeraar.

Bron:

*NZa, «Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2017», september 2017
Heeft nog geen Kamerstuknummer/is nog niet verwerkt bij TK:
https://www.tweedekamer.nl/Kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2017Z13318&did=2017D28070*

Vraag 806

Hoeveel winst maakten zorgverzekeraars op collectieve zorgverzekeringen die in samenwerking met gemeenten aangeboden werd? En hoe hoog was die winst in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016?

Antwoord:

Zorgverzekeraars publiceren hun resultaten niet per polis (modelovereenkomst) en evenmin per (soort) collectiviteit.

Vraag 807

Wat worden de solvabiliteitseisen in de nabije toekomst?

Antwoord:

Vanaf 2016 is Solvency II ingevoerd. Solvency II zal de komende jaren van toepassing blijven. Onder Solvency II wordt de solvabiliteitsvereiste niet meer uitgedrukt als percentage van de premie, maar wordt deze berekend aan de hand van het risicoprofiel van de zorgverzekeraar. Het gaat daarbij zowel om het risicoprofiel van de beleggingen als de verzekeringsverplichtingen. Alle verzekeraars dienen op grond van deze nieuwe richtlijn overigens jaarlijks (uiterlijk de eerste week van juni) hun solvabiliteitspositie, zowel de solvabiliteitsvereiste als de aangehouden aanwezige solvabiliteit te publiceren op hun website.

Vraag 808

Kunt u per zorgverzekeraar de solvabiliteit noemen? Hoe groot is voor elk van deze verzekeraars het bedrag aan reserves bovenop de door de DNB vereiste solvabiliteit?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 50.

Vraag 809

Wat was de solvabiliteitseis bij de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006? Hoe hoog was het deel van de solvabiliteit dat werd opgebracht door het publieke ziekenfonds en hoe hoog was het deel dat werd opgebracht door private zorgverzekeraars?

Antwoord:

De solvabiliteitseis bij de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 bedroeg 8% van de schadelast (gecorrigeerd voor kosten die onder een herverzekeringsregeling vielen). Dit resulteert in een minimaal vereiste solvabiliteit in 2006 van circa € 2 miljard. In 2005, voor de invoering van de Zvw, was ongeveer tweederde deel van de verzekerden ziekenfonds (Zfw) verzekerd. Doorvertaald naar de vereiste solvabiliteit is hiervan circa € 1,3 miljard toe te rekenen aan voormalig Zfw-verzekerden en € 0,7 miljard aan private zorgverzekeraars. De

aanwezige solvabiliteit voor de basisverzekering bedroeg ultimo 2006 circa € 4 miljard. Voormalige ziekenfondsen hebben circa € 2 miljard reserves meegekregen bij de invoering van de Zvw. Dit houdt in dat door private zorgverzekeraars bij de start van de Zvw een vergelijkbaar bedrag in de aanwezige solvabiliteit is ingebracht.

Vraag 810

Wat zijn de totale kosten die zorgorganisaties maken voor de onderhandelingen met zorgverzekeraars?

Antwoord:

De kosten die zorgorganisaties maken voor de onderhandelingen met zorgverzekeraars behoren tot de bedrijfsvoeringskosten van de organisatie. Mij is niet bekend wat de totale kosten hiervan zijn voor zorgorganisaties.

Vraag 811

Hoeveel winst verwacht u volgend jaar bij de zorgverzekeraars?

Antwoord:

Ik maak zelf geen raming van de winst van de zorgverzekeraars.

Vraag 812

Kunt u een overzicht sturen wat de winsten van alle zorgverzekeraars in totaal en afzonderlijk waren vanaf 2006 t/m 2017?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 48.

Vraag 813

Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2016? Welke reserves waren wettelijk verplicht? En hoe hoog waren die bedragen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, en 2015?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 50.

Vraag 814

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 50.

Vraag 815

Hoe groot is het deel van het eigen vermogen dat stamt uit de tijd dat zorgverzekeraars publieke instellingen waren? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord:

De stand Wettelijke reserve ZFW is door het Zorginstituut op 10 juli 2014 definitief vastgesteld op totaal € 2,0 miljard. De aanwezige solvabiliteit 2016 basisverzekering (Solvency II) komt uit op € 9,7 miljard.

Vraag 816

Welke zorgverzekeraars hebben verzekerden gelokt met cadeaus over 2016? Welke cadeaus betrof dit? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord:

De monitor van het overstapeseizoen 2016–2017 (zie Kamerstuk 29 689, nr. 826) laat zien dat zorgverzekeraars zeer terughoudend zijn ten aanzien van het verstrekken van welkomstacties. Zij hanteren – in lijn met het in ZN-verband opgestelde actieplan Kern Gezond – het uitgangspunt dat nieuwe verzekerden niet gunstiger behandeld worden dan bestaande verzekerden. Drie zorgverzekeraars (ProLife van Zilveren Kruis, Anderzorg en ZEKUR van Univé Zorg) boden kleine cadeaus (zoals gratis CD's of DVD's) en actiekortingen aan.

Vraag 817

Hoe hoog is het bedrag dat zorgverzekeraars in 2016 uitgeven aan reclame? En hoe hoog waren die bedragen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015?

Antwoord:

In de publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die door individuele zorgverzekeraars sinds 2015 worden gepubliceerd, worden de uitgaven aan reclame vermeld. Op basis daarvan is onderstaande tabel opgesteld. Voor de jaren daarvoor zijn geen cijfers beschikbaar.

Ontwikkeling reclamekosten concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2014	2015	2016
ASR	90	878	150
CZ	5.751	6.589	4.449
De Friesland	2.517	2.649	2.555
DSW	559	465	671
Eno	1.031	686	767
Menzis	5.132	4.835	4.408
ONVZ	886	977	1.404
Stad Holland	110	19	121
VGZ	6.802	6.286	4.581
Zilveren Kruis	15.589	10.808	13.598
Zorg en Zekerheid	1.269	1.277	1.288
Totaal	39.736	35.469	33.992

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

Vraag 818

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

Antwoord:

In het antwoord op vraag 797 is inzichtelijk gemaakt welke ontwikkelingen zich hebben voorgedaan in de zorg die onder het basispakket valt. De zorg die niet langer deel uitmaakt van het basispakket komt voor rekening van de verzekerde indien de verzekerde gebruikt maakt van die zorg. Het gaat daarbij dus niet om «eigen betalingen» die gelden op grond van de Zorgverzekeringswet, maar om zorg die niet langer is gedekt door de basisverzekering.

Vraag 819

Wat was de salariering van de bestuurders, uitgesplitst per zorgverzekeraar over 2016 en hoe verhoudt de salariering zich tot voorgaande jaren?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan voor de topfunctionarissen van zorgverzekeraars de maxima zoals deze vanaf 2017 gelden (op duizendtallen naar boven afgerond). Ook staan hierin de maxima die in 2016, 2015 en 2014 golden. In 2013 gold één maximum, namelijk € 300.000. Vóór 2013 gold geen maximum.

Aantal verzekerden op 1 januari 2016 (resp. 2015, 2014)	Maximumbezoldiging 2017 in euro's	Maximumbezoldiging 2016 in euro's	Maximumbezoldiging 2015 en 2014 in euro's
> 1.000.000	270.000	266.000	300.000
300.000 t/m 1.000.000	234.000	231.000	260.000
< 300.000	198.000	195.000	220.000

Voor het overige verwijs ik u naar het antwoord op vraag 36.

Vraag 820

Hebben de bestuurders van zorgverzekeraars bonussen ontvangen over 2016 en voorgaande jaren? Zo ja, welke bestuurders betrof dit en hoe hoog was de uitgekeerde bonus?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 36.

Vraag 821

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

Antwoord:

Conform de publiekshvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2016, zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars, bedragen de bedrijfskosten (ook wel beheerskosten of uitvoeringskosten genoemd) van zorgverzekeraars over 2016 ruim € 1,2 miljard.

Bedrijfskosten 2014, 2015 en 2016 concernniveau (x € 1.000) en in percentage van de zorgkosten, basisverzekering

	Bedrijfskosten	in % zorgkosten	Bedrijfskosten	in % zorgkosten	Bedrijfskosten	in % zorgkosten
	2014	2014	2015	2015	2016	2016
ASR	28.847	5,9%	28.765	5,7%	33.179	6,3%
CZ	174.339	2,5%	178.033	2,3%	213.393	2,6%
De Friesland	42.708	4,2%	48.258	3,9%	49.301	3,7%
DSW	25.981	3,5%	33.265	3,7%	32.123	3,1%
Eno	15.633	6,1%	23.719	7,7%	18.459	7,4%
Menzis	133.459	3,0%	143.481	2,9%	140.350	2,6%
ONVZ	33.999	4,5%	41.702	5,0%	40.724	4,7%
Stad Holland	7.187	5,0%	7.929	5,4%	7.289	4,3%
VGZ	326.833	3,8%	326.923	3,6%	298.391	3,2%
Zilveren Kruis	463.565	4,7%	418.294	4,0%	371.563	3,5%
Z&Z	29.323	3,4%	30.974	3,2%	37.483	3,7%
Totaal	1.281.874	3,7%	1.281.334	3,5%	1.242.255	3,2%

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

Vraag 822

Hoeveel premiegeld verdween in 2016 in het eigen vermogen van de zorgverzekeraars? En hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord:

Het resultaat behaald op de basisverzekering in 2016 was -€ 309 miljoen en dit is onttrokken aan de reserves. Er was geen sprake van toevoeging

van premiegeld aan het eigen vermogen. In 2015 is € 375 miljoen toegevoegd aan de reserves en in 2014 is € 993 miljoen toegevoegd aan de reserves (bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014, 2015 en 2016). Het resultaat is de afgelopen jaren grotendeels aan verzekerden teruggegeven via een lagere, niet-kostendekkende, vaststelling van de premie. Op deze wijze hebben zorgverzekeraars de afgelopen vier jaar ruim € 5 miljard terug gegeven via de premie (€ 507 miljoen in de premie 2014, € 1.414 miljoen in de premie 2015, € 1.955 miljoen in de premie 2016 en € 1.468 miljoen in de premie 2017).

Vraag 823

Hoeveel mensen stapten de afgelopen 10 jaar meer dan 1 keer over naar een andere zorgverzekeraar?

Antwoord:

De Zorgthermometer van Vektis laat zien dat 15% van de verzekerden in de periode 2006–2017 meer dan 1 keer is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. In totaal is 63% van de verzekerden in deze periode niet overgestapt naar een andere zorgverzekeraar en is 22% één keer overgestapt.

Vraag 824

Wat is de ontwikkeling van de gemiddelde nominale zorgpremie (per jaar) sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006?

Antwoord:

In de onderstaande tabel staat de gerealiseerde gemiddelde nominale zorgpremie voor de jaren 2006 tot en met 2017.

Bedragen in euro's	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nominale premie	773	848	1.049	1.059	1.095	1.099	1.226	1.213	1.098	1.158	1.199	1.290

Vraag 825

Kunt u een overzicht geven van de salariering van de bestuurders die bij de 4 grootste zorgverzekeraars werken en meer verdienen dan de Balkenendenorm?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 36.

Vraag 826

Kunt u een overzicht geven van de huidige samenstelling van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van de 4 grootste zorgverzekeraars?

Antwoord:

Zilveren Kruis

Directie

- G.M. Fijneman
- J.E.P. Tanis
- L.P. Mentink
- O. Gerrits
- D.A. Hak
- W.J.J. Evers

Raad van Commissarissen

- W.H. de Weijer
- A.C.W. Sneller
- S.T. van Lonkhuijzen

VGZ

Raad van Bestuur

- R.H. Kliphuis
- C.F. Hamster
- A. Klink

Raad van Commissarissen

- R.M.J. van der Meer
- A.E. Levi
- F.B. Sanders
- A.A. Steenbergen
- D. Koopmans
- J.M. Kroon
- I.D. Thijssen

CZ

Raad van Bestuur

- Wim van der Meeren
- Arno van Son

Raad van Commissarissen

- Harry Hendriks
- Willemien Bischof
- Charles Estourgie
- Henk Raué
- Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit

Menzis

Raad van Bestuur

- Ruben Wenselaar
- Frank Janssen

Raad van Commissarissen

- Peter van Lieshout
- Rein Zwierstra
- Céline van Asselt
- Hanny Kemna
- Maria Molenaar

Theo Rinsema

Vraag 827

Kunt u een overzicht geven van de huidige samenstelling van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van de 4 grootste zorgverzekeraars?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 826.

Vraag 828

Kunt u een overzicht geven van de samenstelling van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van de 4 grootste zorgverzekeraars over de afgelopen 5 jaar?

Antwoord:

Zilveren Kruis

Directie

- R. Konterman (tot 1 januari 2014)
- N.F.J. Hoogers (tot 5 oktober 2017)
- J.E.P. Tanis
- A. Heijer (tot 5 oktober 2017)
- M.I. Verstappen (tot 1 januari 2015)
- J.M. Hendriks (tot 1 januari 2014)
- O. Gerrits (vanaf 1 januari 2013)
- D.A. Hak (vanaf 1 januari 2015)

- W.J.J. Evers (vanaf 1 januari 2015)
- G.M. Fijneman (vanaf 5 oktober 2017)
- L.P. Mentink (vanaf 5 oktober 2017)

Raad van Commissarissen

- P.F.M. Overmars (tot 1 januari 2016)
- S.T. van Lonkhuijzen (tot 1 januari 2017 en per 5 oktober 2017)
- J.H. Slijkhuis (tot 1 januari 2014)
- A.C.W. Sneller (per 1 januari 2015)
- W.H. de Weijer (per 1 januari 2016)
- A. Veenman (per 1 januari 2016 tot 1 januari 2017)

VGZ

Raad van Bestuur

- C.F. Hamster (per 1 september 2013)
- R.L.M. Hillebrand (tot 1 juli 2013)
- M. Duvivier (tot 1 juli 2014)
- M.B.G.M. Oostendorp (tot 1 februari 2014)
- R.H. Kliphuis (per 3 september 2014)
- A. Klink (per 1 januari 2014)

Raad van Commissarissen

- R.M.J. van der Meer
- R.J. Elzinga (tot 1 september 2015)
- C.W. Gorter (tot 15 oktober 2015)
- M.T.H. de Gaay Fortman (tot 1 juli 2016)
- A.E. Levi
- F.B.M. Sanders
- A.A. Steenbergen (per 1 mei 2016)
- J.M. Kroon (per januari 2017)
- I.D. Thijssen (per januari 2017)
- D. Koopmans (per februari 2017)

CZ

Raad van Bestuur

- Wim van der Meeren
- Arno van Son

Raad van Commissarissen

- Ad Smit (tot 2013)
- Pauline Meurs (tot 2016)
- Charles Estourgie (per 2012)
- Henk Raué (per 2012)
- Harry Hendriks (per 2013)
- Willemien Bischof (per 2013)
- Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit (per 1 april 2016)

Menzis

Raad van Bestuur

- Roger van Boxtel (tot 1 april 2015)
- Ruben Wenselaar
- Frank Janssen (per 1 april 2015)

Raad van Commissarissen

- Heino van Essen (tot 1 juli 2016)
- Mariëtte Doornekamp (tot 1 januari 2014)
- Robin Linschoten (tot 15 juni 2015)
- Hans Simons (tot 1 juni 2016)
- Rob Oudshoorn (tot 1 januari 2017)
- Rein Zwierstra (tot 1 januari 2018)
- Céline van Asselt (per 1 januari 2013)
- Hanny Kemna (per 1 april 2014)
- Peter van Lieshout (per 1 januari 2016)
- Maria Molenaar (per 1 januari 2017)

- Theo Rinsema (per 1 januari 2017)

Vraag 829

Kunt u een overzicht geven van de opleidingsachtergrond en arbeidsverleden van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van de 4 grootste zorgverzekeraars over de afgelopen 5 jaar?

Antwoord:

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik u naar de (maatschappelijk) jaarverslagen van de betreffende zorgverzekeraars.

Vraag 830

In hoeverre drijven onderstaande groepen de zorgpremie op:

- wanbetalers
- onverzekerden
- asielzoekers?

Antwoord:

Wanbetalers zijn verzekerden met een betalingsachterstand van zes of meer maanden zorgpremie die zijn aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime. De kosten van wanbetalers zijn het verschil tussen het totaal aan verstrekte wanbetalersbijdragen aan zorgverzekeraars en het deel van de geïnde bestuursrechtelijke premie dat in het Zorgverzekeringsfonds gestort wordt. Door dit verschil door het aantal verzekerden boven de achttien jaar te delen kunnen de kosten per verzekerde worden berekend. Deze kosten slaan voor 50% neer in de zorgpremie en voor 50% neer in de inkomensafhankelijke bijdrage. De kosten van wanbetalers als onderdeel van de zorgpremie zijn de afgelopen vijf jaar vrijwel constant en liggen rond de € 5,- per jaar.

De zorgkosten die worden betaald vanuit de subsidieregeling «medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden» worden bekostigd vanuit de Rijksbegroting. Er bestaat vanuit de rijksoverheid en verzekeraars geen andere compensatie aan zorgaanbieders voor het verstrekken van zorg aan onverzekerden. Hierdoor bestaat er geen directe link tussen de zorgkosten voor onverzekerden en de zorgpremie.

Er is geen relatie tussen de zorgkosten voor asielzoekers en de zorgpremie. Alle kosten die gemaakt worden op het gebied van gezondheidszorg voor asielzoekers worden bekostigd uit de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Vraag 831

Hoeveel mensen mijden zorg?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 4.

Vraag 832

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

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 821.

Vraag 833

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:
Zie het antwoord op vraag 821.

Vraag 834

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:

Zie het antwoord op vraag 817. Reclamekosten omvatten o.a. banners op websites of commercials. Acquisitiekosten omvatten o.a. kosten voor de inzet van vergelijkingssites en tussenpersonen.

Vraag 835

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:

Zie het antwoord op vraag 50.

Vraag 836

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:

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.

De premie was de afgelopen jaren niet kostendekkend. Op deze wijze hebben zorgverzekeraars de afgelopen vier jaar ruim € 5 miljard terug gegeven via de premie (€ 507 miljoen in de premie 2014, € 1.414 miljoen in de premie 2015, € 1.955 miljoen in de premie 2016 en € 1.468 miljoen in de premie 2017).

De gevraagde uitsplitsing naar zorgverzekeraars is pas sinds 2015 met de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering beschikbaar gekomen. Zie hiervoor het antwoord op vraag 48.

Vraag 837

Hoeveel bedragen de reserves en overreserves van de zorgverzekeraars? Hoeveel moeten ze wettelijk aanhouden? Wanneer zullen de overtollige reserves zijn afgebouwd?

Antwoord:

Zie voor de cijfers over de reserves van zorgverzekeraars de antwoorden op vraag 50 en 51. Naast de wettelijke kapitaaleis (Solvency II) houden zorgverzekeraars een eigen interne normsolvabiliteit aan boven de kapitaaleis, om te voorkomen dat zij bij een tegenvaller direct onder de kapitaaleis zakken. De hoogte van deze veiligheidsmarge bepalen

zorgverzekeraars zelf. Dit verkleint de vrij beschikbare reserve voor een zorgverzekeraar, afhankelijk van de gekozen interne normsolvabiliteit.

Wanneer een verzekeraar onder de kapitaaleis zakt (100% van wettelijk vereist kapitaal), zullen zij een herstelplan moeten indienen bij DNB.

Wanneer en hoe de verzekeraars hun reserves afbouwen is aan hen. De zorgverzekeraars geven hierbij aan in te zetten op een geleidelijke reserve afbouw om tot een stabiele premieontwikkeling te kunnen komen.

Vraag 838

Hoe komt het dat de zorgverzekeraars hun reserves minder hebben afgebouwd dan verwacht waardoor er nu een hogere premiestijging is ontstaan?

Antwoord:

De zorgverzekeraars bepalen zelf hoeveel zij afbouwen aan reserves. Zorgverzekeraars hebben € 1,5 miljard aan reserves ingezet in 2017 om de premiestijging te dempen. In de begroting 2017 is uitgegaan van € 2 miljard, de premiestijging 2017 is mede hierdoor hoger geworden dan geraamd. In 2016 was sprake van een omgekeerde situatie: toen raamde ik een inzet van reserves van circa € 1,5 miljard; toen zetten zorgverzekeraars circa € 2 miljard in.

Vraag 839

Hoeveel middelen maken zorgverzekeraars op aan provisie?

Antwoord:

Deze data worden niet landelijk geregistreerd. Uit het onderzoek naar collectiviteiten dat Zorgweb vorig jaar in opdracht van VWS heeft uitgevoerd (Fact-finding collectiviteiten in de zorgverzekeringswet, Zorgweb 2016, vergaderjaar 2015–2016, Kamerstuk 29 689, nr. 729) blijkt volgens opgave van de zorgverzekeraars dat in 2016 bij 57% van de collectieve contracten een assurantietussenpersoon betrokken is. Daarnaast kan er provisie worden betaald aan vergelijkingssites. Het meest recente totaalbeeld dateert uit 2015 (Marktscan NZa 2016, vergaderjaar 2016–2017, Kamerstuk 29 689, nr. 777); toen gaven zorgverzekeraars op dat zij € 217 miljoen hadden uitgegeven aan provisie.

Vraag 840

Hoeveel middelen maken zorgverzekeraars op aan provisie?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 839.

Vraag 841

Hoe hebben de door het Ministerie van VWS verwachte nominale premie en de door zorgverzekeraars gerealiseerde nominale premie zich sinds 2012 ontwikkeld?

Antwoord:

In de onderstaande tabel staat de geraamde en de gerealiseerde gemiddelde nominale zorgpremie voor de jaren 2006 tot en met 2017.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Geraamde nominale premie	851	879	1.057	1.074	1.085	1.211	1.222	1.273	1.226	1.211	1.243	1.241
Gerealiseerde nominale premie	773	848	1.049	1.059	1.095	1.099	1.226	1.213	1.098	1.158	1.199	1.290

Vraag 842

Kunnen de uitgaven van de zorgverzekeraars gespecificeerd worden naar zorgkosten, beheerskosten en reserveopbouw over een periode van 5 jaar?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 50 voor de reserveopbouw en het antwoord op vraag 821 voor de bedrijfskosten. In onderstaande tabel staan de uitgaven van zorgverzekeraars aan zorgkosten conform de transparantieoverzichten jaarcijfers over 2014, 2015 en 2016.

Ontwikkeling zorgkosten 2014, 2015 en 2016 concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

	Zorgkosten	Zorgkosten	Zorgkosten
	2014	2015	2016
ASR	489.021	508.542	525.261
CZ	6.997.011	7.810.236	8.201.328
De Friesland	1.011.422	1.226.109	1.348.755
DSW	742.593	903.791	1.052.998
Eno	256.404	310.025	248.345
Menzis	4.510.482	5.015.554	5.407.877
ONVZ	747.399	838.361	858.815
Stad Holland	143.422	145.863	167.898
VGZ	8.622.321	9.159.168	9.362.096
Zilveren Kruis	9.845.106	10.474.043	10.484.940
Z&Z	866.378	977.572	1.025.841
Totaal	34.231.559	37.369.264	38.684.154

Bron: Transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014, 2015 en 2016, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 843

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

Antwoord:

In 2013 koos circa 10% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico. In 2014 is dit percentage gestegen naar circa 11, terwijl in de periode 2015–2017 jaarlijks circa 12% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico koos.

Vraag 844

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:

Zie het antwoord op vraag 784.

Vraag 845

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

Antwoord:

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

Bedragen in euro's	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gemiddeld eigen risico	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 846

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

Antwoord:

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 oude jaren zijn deze toekenning grotendeels definitief, voor meer recente jaren kan het aantal toekenningen nog wijzigen door definitieve vaststellingen en/of herzieningen. Het betreft het aantal toekenningen per 1 juli van het toeslagjaar.

(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	3,6	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	5,2	5,3	5,1

Vraag 847

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

Antwoord:

Door het aantal huishoudens met toegekende zorgtoeslag 2017 – zoals gegeven in het antwoord op vraag 846 – te delen door het totale aantal geraamde fiscale huishoudens 2017 van het CPB, komt het aandeel huishoudens met zorgtoeslag uit op 46%. Doordat de toeslagen 2017 nog niet definitief zijn vastgesteld en ook het aantal fiscale huishoudens een raming betreft kan dit cijfer nog wijzigen.

De fiscale huishoudens en daarmee het aandeel zorgtoeslag ontvangers is niet verder uit te splitsen naar eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens.

Vraag 848

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

Antwoord:

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

Vraag 849

Hoeveel mensen maken gebruik van de Wlz? Hoeveel hiervan wonen in een instelling?

Antwoord:

Op 1 april 2017 hadden 289.084 mensen een indicatie voor de Wlz (bron: ClZ).

In 2016 bedroeg het aantal cliënten dat in een instelling woont voor de gehele Wlz circa 205 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren hebben gemaakt. In 2016 betroffen

deze afspraken 75,2 miljoen dagen (bron: www.monitorlangdurigezorg.nl). Er zijn nog geen recentere gegevens beschikbaar. Daarom is nog niet bekend hoeveel cliënten in 2017 in een instelling wonen.

Vraag 850

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:

In onderstaande tabel staan voor de jaren 2011 tot en met 2015 het eigen risico plus eigen bijdragen voor een aantal Europese landen uitgedrukt als percentage van de zorguitgaven.

Bron van deze data is de OECD Health Database.

	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 851

Hoeveel betalen modale inkomens bij ongewijzigd beleid aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2015 en 2020?

Antwoord:

Onderstaande tabel laat voor de jaren 2010 tot en met 2018 zien wat een alleenstaande en een paar met kinderen (een alleenverdiener) aan zorg betaalt als percentage van het bruto inkomen. De cijfers zijn gegeven voor het minimumloon, het modale inkomen, een 2 x modaal inkomen en een 3 x modaal inkomen. Deze tabel geeft daardoor ook het antwoord op de vragen 852, 853 en 857.

Voor het jaar 2020 zijn de gevraagde cijfers nog niet bekend. Er is nog onvoldoende zicht op de grondslag van de premies en belastingen.

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
2010	€ 3.894	21%	€ 3.859	21%
2011	€ 4.081	22%	€ 4.096	22%
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				
2010	€ 7.788	24%	€ 7.759	24%
2011	€ 8.183	25%	€ 8.137	25%
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				
2010	€ 9.210	14%	€ 9.899	15%
2011	€ 9.667	15%	€ 10.500	16%
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%
3 x modaal				
2010	€ 10.482	11%	€ 11.170	11%
2011	€ 10.958	11%	€ 11.791	12%
2012	€ 12.002	12%	€ 12.923	13%
2013	€ 12.862	13%	€ 13.927	14%
2014	€ 13.218	13%	€ 14.186	14%
2015	€ 12.142	11%	€ 13.347	13%
2016	€ 12.486	12%	€ 13.709	13%
2017	€ 12.650	11%	€ 13.996	13%
2018	€ 13.012	12%	€ 14.464	13%

Vraag 852

Hoeveel betalen minimuminkomens bij ongewijzigd beleid aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2015 en 2020?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 851.

Vraag 853

Hoeveel betalen hoge inkomens bij ongewijzigd beleid aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2015 en 2020?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 851.

Vraag 854

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een minimum inkomen in 2016 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2017?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 768 bij de Kamervragen over de VWS-begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 855

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een modaal inkomen in 2016 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2017?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 768 bij de Kamervragen over de VWS-begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 856

Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een hoog inkomen in 2016 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2017?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 770 bij de Kamervragen over de VWS-begroting 2017 (TK 34 550 XVI, nr. 11).

Vraag 857

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:

Zie het antwoord op vraag 851.

Vraag 858

Per wanneer zijn de realisatiecijfers over de jeugd-ggz voor 2016 bekend?

Antwoord:

Er worden geen realisatiecijfers over verschillende vormen van jeugdhulp verzameld, vanwege de diversiteit van het steeds meer integrale aanbod. Het jeugdhulpgebruik wordt door jeugdhulpaanbieders twee maal per jaar geleverd aan het CBS en de jaarcijfers 2016 zijn op 30 april 2017 gepubliceerd.

Vraag 859

Hoeveel bedden in de GGZ in totaal zijn er sinds het aantreden van het kabinet Rutte I en II verdwenen, dus hoeveel intensief beschermd wonen (IBW)-bedden, hoeveel klinische bedden, crisisbedden, bedden in de verslavingszorg, bedden in de vrouwenopvang en bedden in de kinder- en jeugd-GGZ zijn er geschrapt?

Antwoord:

Het rapport «Landelijke Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige ggz» dat ik u in december 2016 aangeboden heb (Kamerstukken II, 25 424, nr. 337) heeft het aantal bedden in de GGZ in kaart gebracht, inclusief verslavingszorg en beschermd wonen. Deze monitor geeft inzicht in de ontwikkeling over de periode 2012–2015 (daarbij is in dit onderdeel niet ingezoomd op de specifieke bedden verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en crisisbedden). Over 2008 heeft een 0-meting plaatsgevonden (zie blz. 24 en verder in het rapport).

Uit deze monitor blijkt dat de omvang van de intramurale GGZ-capaciteit (inclusief beschermd wonen) tussen 2012 en 2015 naar schatting afnam met 10,6%. De afname was het sterkst bij de capaciteit voor opnamen tot één jaar (afname van 16,7% tussen 2012 en 2015). De omvang van de capaciteit voor langdurige opnamen (opnamen met de duur van één jaar of langer) is tussen 2012 en 2015 afgenomen met 11,2%. De totale omvang van het beschermd wonen nam tussen 2012 en 2015 af met afgerond zes procent.

Het aantal bedden/plaatsen in de vrouwenopvang is onbekend.

Vraag 860

Hoeveel bedden zullen er in 2018 verdwijnen in de ggz instellingen?

Antwoord:

Dat kan ik op dit moment nog niet zeggen. De Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige ggz verschijnt in opdracht van het Ministerie van VWS jaarlijks en verschaft inzicht in het aantal klinische plaatsen/bedden in de ggz (en opbouw van de extramurale capaciteit) in het jaar voorafgaand aan de publicatie. De eerstvolgende monitor zal in december 2017 worden uitgebracht en inzicht geven in het aantal klinische plaatsen/bedden in de ggz in 2016. In de vorige monitor (cijfers over 2015) is naar voren gekomen dat de afbouw van de bedden zich doorzet (zie ook antwoord op vraag 864).

Vraag 861

Hoe groot is de toename van verwarde personen in de samenleving sinds het aantreden van Kabinet Rutte I?

Antwoord:

Het aanjaagteam voor personen met verward gedrag heeft destijds onderzoek uitgezet naar aard en omvang van de problematiek. Zij concludeert in de eerste tussenrapportage uit januari 2016 dat er trends te zien zijn die wijzen op een toename van mensen met verward gedrag, zoals de toename van het aantal meldingen overlast door personen met verward gedrag door de politie, maar dat er geen volledig beeld beschikbaar is van de omvang van de problematiek. We weten dus niet of er sprake is van een toename en hoeveel verwarde personen er nu op straat zijn. Dit komt onder andere omdat beschikbare studies vaak niet representatief zijn (te klein of op specifieke regio's/steden), verschillende definities voor verwardheid gebruikt worden, de registratiesystemen bij politie, GGZ en gemeenten tekortkomingen kennen, de cijfers en trends mogelijk beïnvloed zijn door politieke en maatschappelijke tendensen. Om dit beeld wel te krijgen zou meerjarig landelijk onderzoek gestart moeten worden. Zowel het aanjaagteam als de betrokken wetenschappers twijfelen aan de meerwaarde van een dergelijk onderzoek. De landelijke omvang zegt immers niets over de ernst van de situatie en de behoefte aan zorg en ondersteuning van de personen met verward gedrag.

Vraag 862

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen uit de begroting 2018 met betrekking tot het ggz?

Antwoord:

Op pagina 234 en 235 van de begroting vindt u een overzicht van alle plussen en minnen met betrekking tot de curatieve GGZ.

Vraag 863

Kunt u een overzicht geven van de bezuinigingen die sinds 2008 t/m heden op de ggz hebben plaatsgevonden?

Antwoord:

Er is, m.u.v. 2013, niet bezuinigd op de ggz, uitgaven aan de ggz groeien jaarlijks, maar de groei is door verschillende maatregelen getemperd. Aan de ggz is t/m 2016 het volgende uitgegeven:

Uitgaven (bedragen x € 1 miljard) en groei (%) totale GGZ 2008–2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Uitgaven	4,9	5,4	5,7	5,9	6,0	5,9	6,0	6,5	6,6
Groei		9%	6%	4%	1%	-2%	3%	7%	2%

De groei van de uitgaven is getemperd door de volgende maatregelen (bedragen x € 1 miljoen):

2010: Tariefmaatregel	119
2011: Verleggen patiëntenstromen	35
2012: Regeerakkoord (o.a. eigen bijdrage, tariefmaatregel)	388
2016: Stringent pakketbeheer	25

Daarnaast zijn er vanaf 2013 (t/m 2017) groeiafspraken gemaakt met de GGZ-sector; 2013 maximaal 2,5% groei, 2014 maximaal 1,5% en vanaf 2015 maximaal 1%. Onlangs is met de GGZ-sector afgesproken dat het GGZ-kader in 2018 met 1% mag groeien.

Vraag 864

Hoe verhoudt de opbouw van ambulante voorzieningen zich tot de afbouw van instellingsplaatsen?

Antwoord:

De uitkomst van de Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige ggz (zie ook vraag 859) over de gegevens 2015 laat zien dat de afbouw van de klinische capaciteit zich doorzet en de beoogde opbouw/intensivering van de ambulante zorg niet goed van de grond komt. In reactie op deze monitor heb ik aangegeven dat er meer moest gebeuren om de regionale opbouw te versnellen. De opbouw van de ambulante zorg en ondersteuning moet worden versneld en geïntensiveerd. Ik heb dan ook nadere afspraken hierover gemaakt met zorgverzekeraars en aanbieders in de Aanpak wachttijden ggz die ertoe moeten leiden dat zorgverzekeraars goede plannen van ggz-aanbieders zullen financieren. Hiervoor is ook in 2018 financiële ruimte.

Vraag 865

Hoeveel behandelstops hebben er van 2012 t/m 2017 plaatsgevonden in ggz-instellingen, uitgesplitst per jaar en per instelling?

Antwoord:

Ik beschik niet over een dergelijk overzicht.

Vraag 866

Hoe lang was de gemiddelde wachttijd voor ggz-instellingen in 2016? En hoe lang was de gemiddelde wachttijd in de jeugd GGZ?

Antwoord:

Over de gemiddelde wachttijden 2016 voor volwassenen in ggz instellingen is uw Kamer geïnformeerd via de NZa marktscan ggz 2016 (kamerstuk 29 248, nr. 353).

Voor de Jeugdwet geldt dat de integratie van het aanbod en de toegang verschillend wordt gefinancierd en georganiseerd. Op landelijk niveau zijn

er daarom geen eenduidige wachtlijsten of wachttijden bij te houden. Het Nji-onderzoek naar wachttijden, dat uw Kamer bij brief van 2 juni heeft ontvangen (TK 31 839, nr. 581), laat zien dat wachttijden in de jeugdhulp een hardnekkig vraagstuk is dat niet eenvoudig is op te lossen. Met gemeenten en jeugdhulpaanbieders is in 2017 de afspraak gemaakt wachtlijsten op regionaal niveau inzichtelijk te maken. Met gemeenten en branches is afgesproken om dit in 2017 in de contracten voor 2018 te verwerken.

Vraag 867

Hoeveel (jeugd-)GGZ-instellingen hanteren op dit moment een wachtlijst?

Antwoord:

Voor dit antwoord verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 476 en vraag 866.

Vraag 868

Kunt u een overzicht geven van de ontwikkeling van het aantal wachtlijsten en de duur van de wachtlijsten in (jeugd-)ggz-instellingen van 2012 t/m 2016?

Antwoord:

Onderstaande overzichten geven de wachttijdontwikkeling in de ggz weer voor gespecialiseerde ggz zonder verblijf voor volwassenen. De verplichting om wachttijden te publiceren gold tot november 2015 niet voor aanbieders van basis ggz, aanbieders van gespecialiseerde ggz met verblijf en vrijgevestigden. Daarom zijn ook nog geen cijfers beschikbaar over de ontwikkeling er van in de jaren.

Tabel Gemiddelde wachttijd tot aanmelding ggz zonder verblijf, in weken

	Januari 2010	Juli 2014	Juli 2015	November 2015	September 2016	Treek norm
Jeugd	7	6,0	6,6	5,7		4
Volwassenen	5	4,5	5,5	5,6	6	4
Ouderen	3	2,6	2,8	2,8	3,1	4
Verslavingszorg	3	2,6	2,4	3,0	2,2	4

Tabel Gemiddelde behandelingswachttijden ggz zonder verblijf, in weken

	Januari 2010	Juli 2014	Juli 2015	November 2015	September 2016	Treek norm
Jeugd	8	7,5	5,8	6,6		10
Volwassenen	5	4,4	5,4	4,8	5,3	10
Ouderen	4	4,7	3,8	3,6	3,6	10
Verslavingszorg	5	3,1	2,5	3,5	4,4	10

Bron: marktscans NZa 2010, mei 2016 voor 2014 en 2015 en mei 2017

Vraag 869

Hoe vaak is de treeknorm voor wachttijden in (jeugd-)ggz-instellingen overschreden in 2016?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u graag naar 476 en 866.

Vraag 870

Hoeveel ggz aanbieders leveren op dit moment nog ROM-gegevens aan, aan de Stichting Benchmark ggz (SBG)?

Antwoord:

Stichting Benchmark GGZ (SBG) heeft mij geïnformeerd dat dit aantal tussen de 65 en 70 ligt.

Vraag 871

Van hoeveel mensen is in totaal ROM-data verkregen en onrechtmatig aangeleverd aan de SBG?

Antwoord:

Er is nog geen definitief oordeel over de rechtmatigheid van het verzamelen van ROM-gegevens. Daardoor is er nu geen antwoord te geven op deze vraag. De voorzieningenrechter van de Rechtbank Midden-Nederland heeft in een vonnis in kort geding d.d. 2 augustus 2017 geoordeeld dat niet voldoende aannemelijk is geworden dat sprake is van persoonsgegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Daarnaast doet de AP momenteel onderzoek naar de ROM-gegevens naar aanleiding van een handhavingsverzoek.

Vraag 872

Hoeveel geld heeft de overheid bijgedragen aan de SBG in 2016 en 2017?

Antwoord:

SBG ontvangt geen rechtstreekse subsidie van de overheid. Voor het onderhoud en beheer van de Argusset en het samenstellen van beleidsinformatie over de Argusset ontvangt GGZ Nederland een projectsubsidie. Argus is een minimale gegevensset voor de verzameling van gegevens over de toepassing van de meest voorkomende vrijheidsbeperkende interventies in de ggz. Ik heb in 2016 en 2017 in totaal ongeveer € 240.000 subsidie aan GGZ Nederland verleend voor het Argusregister. Het register is ondergebracht bij het Argus Informatiecentrum, een onderdeel van de Stichting Benchmark GGZ.

Vraag 873

Hoe vaak hebben zorgverzekeraars te weinig ggz zorg ingekocht in 2016 en 2017?

Antwoord:

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Patiënten worden doorgeleid naar andere zorgaanbieders of er wordt extra zorg ingekocht als er sprake is van het bereiken van het budgetplafond bij een specifieke aanbieder. De NZa ziet toe op naleving van de zorgplicht.

Vraag 874

Hoe hoog is de bureaucratie in de ggz en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 151.

Vraag 875

Hoe wordt € 30 miljoen voor de versterking van de wijkverpleging besteed? Kunt u aangeven hoe specialistische wijkverpleging, zoals casemanagement dementie, hierdoor wordt versterkt?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 879.

Vraag 876

Hoe wordt € 30 miljoen voor de versterking van de wijkverpleging besteed? Kan de Minister aangeven hoe specialistische wijkverpleging, zoals casemanagement dementie, hierdoor wordt versterkt?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 879.

Vraag 877

Hoe wordt € 30 miljoen voor de versterking van de wijkverpleging besteed?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 879.

Vraag 878

Hoe wordt € 30 miljoen voor de versterking van de wijkverpleging besteed? Kunt u aangeven hoe specialistische wijkverpleging, zoals casemanagement dementie, hierdoor wordt versterkt?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 879.

Vraag 879

Hoe wordt € 30 miljoen voor de versterking van de wijkverpleging besteed? Kunt u aangeven hoe specialistische wijkverpleging hierdoor wordt versterkt?

Antwoord:

In het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat € 30 miljoen wordt uitgetrokken voor het streven naar zorg op de juiste plek. Daarbij wordt gekeken naar een manier om de zorg voor ouderen optimaal op te vangen. Dat betekent dat substitutie nodig is van zorg waarbij die zorg zo dicht mogelijk bij de mensen thuis wordt geleverd.

Het bedrag wordt toegevoegd aan het macrokader. Ik kan mij voorstellen dat juist de specialistische zorg, zoals gespecialiseerde dementiezorg, bijdraagt aan het langer thuis wonen van mensen en dat het geld ook daarvoor wordt ingezet. Zorgverzekeraars zullen zich inzetten om hier lokaal en regionaal afspraken over te maken.

Vraag 880

Hoe staat het met de technische uitwerking van de uniforme regeling om de gebruikskosten van de Automatische Externe Defibrillator (AED) rechtstreeks via de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) te vergoeden? Gaat de regeling zoals beloofd van kracht op 1 januari 2018?

Antwoord:

De NZa legt momenteel samen met de RAV's en zorgverzekeraars de laatste hand aan de technische uitwerking, zodat er vanaf 1 januari 2018 een uniforme regeling van kracht kan gaan.

Vraag 881

Voor de uitvoering van het kwaliteitskader verpleeghuizen is budget overgeheveld vanuit het Budgettair Kader Zorg. Waarom is dit alleen ingeboekt voor 2017, 2018 en 2019?

Antwoord:

Het overgeheveld budget is beschikbaar gesteld voor de ondersteuning van zorgaanbieders bij de implementatie van het kwaliteitskader. Deze

middelen zijn tot en met 2019 ingeboekt omdat naar verwachting een dergelijke ondersteuningsbehoefte na die tijd niet meer aanwezig is.

Vraag 882

Kunt u aangeven hoe u de rol van ouderenvoorlichters ziet in de aanpak en preventie van financieel misbruik?

Antwoord:

Ouderenvoorlichters hebben een belangrijke rol in het voorlichten van vrijwilligers over het herkennen van en handelen bij financieel misbruik. Om die reden organiseren de ouderenbonden ANBO, KBO-PCOB en NOOM – met ondersteuning van VWS – dit najaar voorlichtingsbijeenkomsten voor vrijwilligers. Vrijwilligers staan vaak in direct contact met ouderen en zijn daarmee in de gelegenheid om financieel misbruik te signaleren.

Vraag 883

Ook professionals in revalidatiecentra en verpleeghuizen spelen een belangrijke rol in het voorkomen van financiële uitbuiting van ouderen. Zij zijn niet goed op de hoogte van de mogelijkheden voor de oudere om zich te beschermen tegen financiële uitbuiting. Kunt u aangeven hoe hij de rol van deze professionals ziet en hoe deze groep beter toegerust kan worden op hun taak in de voorlichting over financiële uitbuiting?

Antwoord:

Professionals in revalidatiecentra en verpleeghuizen kunnen een belangrijke rol spelen in het signaleren en stoppen van financieel misbruik van ouderen. De komende maanden zal met diverse brancheorganisaties worden gesproken over de wijze waarop zij zorgen voor een klimaat waarin medewerkers zich vrij voelen om te praten over of melding te maken van vermoedens van financieel misbruik. Ook zal met medewerkers zelf worden gesproken. Aan de hand van de uitkomsten van deze inventarisatie zal worden bepaald of en zo ja, welke vervolgstappen nodig zijn.

Vraag 884

Met welke partijen is het ministerie op dit moment nog in gesprek om de duurzame beschikbaarheid van apotheekbereidingen te waarborgen?

Antwoord:

Het ministerie heeft regulier en/of op ad hoc basis contact met de KNMP, NVZA en de Vereniging Doorleverende Bereidingsapotheken. Dit zijn de relevante partijen die over de duurzame beschikbaarheid van apotheekbereidingen gaan.

Daarnaast heeft recent de Inspectie voor de Gezondheidszorg een nieuwe versie van de circulaire Handhavend optreden bij collegiaal doorleveren van eigen bereidingen door apothekers (hierna: IGZ-circulaire) gepubliceerd met bijbehorende annexen, zoals ik ook in mijn brief aan uw Kamer van 20 juni 2017 heb aangegeven. In de circulaire zijn de mogelijkheden voor doorgeleverde bereidingen verruimd door het criterium van «niet commercieel beschikbaar» toe te voegen.

Vraag 885

Hoeveel patiënten gebruikten in 2016 een medicijn dat (tijdelijk) niet beschikbaar was? Is er verschil te zien voor en na de inspanningen van de werkgroep geneesmiddelenkortingen? Wat zijn de activiteiten van de werkgroep geneesmiddelenkortingen voor 2018?

Antwoord:

Er wordt niet bijgehouden hoeveel patiënten een geneesmiddel gebruiken dat niet beschikbaar is.

Het resultaat van de werkgroep geneesmiddeltekorten is onder andere dat partijen elkaar veel beter en sneller weten te vinden en de samenwerking is verbeterd. Er zijn duidelijk afspraken gemaakt over communicatie. Door middel van een routekaart is vastgelegd welke stappen worden gezet na een melding bij het nieuw opgezette meldpunt geneesmiddeltekorten en -defecten. Het Meldpunt en de routekaart vormen samen de infrastructuur om tekorten te voorkomen en op te vangen. Gaandeweg zal blijken welke routes veel of weinig worden gebruikt en of aanpassingen wenselijk zijn. Het grote winstpunt is dat zo vooraf helderheid wordt geboden. Daarnaast zijn tal van afspraken gemaakt en maatregelen genomen. Deze zijn beschreven in het rapport van de werkgroep (TK, vergaderjaar 2016–2017, 29 477, nr. 426).

De werkgroep geneesmiddeltekorten zal in 2018 de gemaakte afspraken monitoren en de analyses van het Meldpunt bespreken. Ook zal worden gesproken over de richtlijn inzake vervalste geneesmiddelen (Falsified Medicine Directive).

Vraag 886

Kunt een overzicht geven van de humane biomonitoringsprojecten in Nederland?

Antwoord:

Nee, ik kan u geen actueel overzicht geven van de humane biomonitoringsprojecten in Nederland. Een dergelijk overzicht is er niet.

Ik kan u inzicht geven in de onderzoeken die uitgevoerd worden in opdracht van de Ministeries van IenM en EZ.

- In opdracht van IenM en EZ loopt een onderzoek naar omwonenden van de bollenteelt om na te gaan of, en in welke mate omwonenden worden blootgesteld aan bestrijdingsmiddelen.
- Recent is bloedonderzoek naar PFOA (perfluorocetanzuur) uitgevoerd in Dordrecht, Sliedrecht en Papendrecht bij omwonenden van het bedrijf Dupont/Chemours in Dordrecht. Dit onderzoek is uitgevoerd door het RIVM ter verifiëring van eerdere modelberekeningen. Daarnaast wordt in de genoemde gemeenten op individuele basis bepaling van PFOA in bloed uitgevoerd. Burgers en (ex-)werknemers kunnen dit laten doen op kosten van gemeente of, voor (ex-)werknemers, op kosten van het bedrijf. Er vindt echter geen centrale beoordeling plaats van die individuele metingen

Daarnaast neemt Nederland deel aan het Europese project «HBM4EU». HBM4EU is een Horizon 2020 project dat begin dit jaar is gestart. Het heeft een looptijd van vijf jaar. Dit project heeft als doel om de blootstelling van de Europese bevolking aan chemische stoffen te beoordelen, om meer inzicht te krijgen in de daaraan verbonden gevolgen voor de gezondheid en om chemische risicobeoordeling te verbeteren.

Vraag 887

Kunt u specificeren wat de Nederlandse deelname aan HBM4EU behelst?

Antwoord:

Het Ministerie VWS en IenM zijn «Programma eigenaren» voor de Nederlandse bijdrage aan HBM4EU. Zij hebben het RIVM opgedragen om als «Grant signatory» op te treden voor de gezamenlijke inzet met de kennisinstututen IRAS-Universiteit Utrecht, TNO, RIKILT-WUR, IVM-VU en RadboudUMC. De Nederlandse partners nemen deel aan een groot aantal

werkpakketten en zijn vertegenwoordigd in de Governing Board, de Management Board en de Ethical Board. Nederland heeft bij de start van HBM4EU 3 activiteiten ingebracht, namelijk de 2 onderzoeken naar omwonenden en gewasbeschermingsmiddelen (VWS en lenM) en de activiteiten voor het Kennis en Informatiepunt Milieu en Gezondheid (lenM).

Vraag 888

Is de huidige deelname aan het HBM4EU een steekproef die representatief is aan de gehele Nederlandse bevolking?

Antwoord:

Op dit moment is nog niet besloten hoe de steekproeven worden samengesteld; zie antwoord op vraag 160 voor details.

Vraag 889

Kunt u in het overzicht van humane biomonitoringsprojecten in Nederland het overzicht specificeren naar het aantal deelnemers, de locatie van de deelnemers, de leeftijd, aandacht voor kwetsbare groepen en de specifieke stoffen waar de deelnemers op worden getest?

Antwoord:

Zie ook de antwoorden op de vragen 160 en 886.

Het onderzoek in opdracht van de Ministeries van lenM en EZ is gericht op de specifieke groep van omwonenden van landbouwpercelen waar bollenteelt plaatsvindt. Er worden circa vijf stoffen geselecteerd die in de urine van mensen kunnen worden aangetoond. Voor deze selectie wordt een aantal factoren meegenomen, zoals meetbaarheid, verdeling over de tijd in het seizoen, en een spreiding in eigenschappen die de absorptie via de huid, verspreiding in het milieu en depositie bij de omwonenden bepalen. De keuze wordt gemaakt uit de stoffen die tijdens het onderzoek daadwerkelijk toegepast zijn door de telers.

Meer informatie over dit onderzoek kunt u vinden op de website <http://bestrijdingsmiddelen-omwonenden.nl/>

Vraag 890

Kunt u een overzicht geven van de humane biomonitoringsprojecten in Nederland? Kunt u dit overzicht specificeren naar het aantal deelnemers, de locatie van de deelnemers, de leeftijd, aandacht voor kwetsbare groepen en de specifieke stoffen waar de deelnemers op worden getest?

Antwoord:

Zie de antwoorden op de vragen 160 en 886.