

Vergaderjaar 2016–2017

34 550 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2017

Nr. 11

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 2 november 2016

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 7 oktober 2016 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 1 november 2016 zijn ze door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

Vraag 1

Zijn er tussen overheid en maatschappelijk middenveld relaties te vinden vergelijkbaar met de relatie van het ministerie VWS en NOC*NSF?

Antwoord 1:

NOC*NSF ontvangt een instellingssubsidie van VWS, net als maatschappelijke organisaties op andere terreinen. Subsiëring vindt plaats op grond van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS. Deze regeling geldt voor alle maatschappelijke organisaties die een instellings- en/ of projectsubsidie ontvangen. Binnen dat kader is de daadwerkelijke invulling per organisatie toegesneden op de specifieke taken van de betreffende organisatie. VWS zendt jaarlijks een rapportage aan de Tweede Kamer met een overzicht van de subsidies als onderdeel van de begroting.

Vraag 2

Hoe verschillen deze organisaties [agentschappen] in afhankelijkheidsrelatie van elkaar ten opzichte van de overheid?

Antwoord 2:

Het betreft hier geen agentschappen, die onderdeel van de rijksoverheid zijn, maar private stichtingen die geheel zelfstandig zijn. Zie voorts mijn antwoord op vraag 1.

Vraag 3

Heeft het Ministerie van VWS sturing op het beleid van NOC*NSF? Zo ja, welke?

Antwoord 3:

NOC*NSF en de bij hen aangesloten sportbonden zijn samen verantwoordelijk voor de invulling en uitvoering van hun sportbeleid. Ik stuur op hoofdlijnen en leg, vanuit de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de rijksoverheid, een aantal herkenbare accenten neer (waaronder blijvende aandacht voor integriteit in de topsport, voldoende aandacht voor paralympische topsport en het stimuleren van een divers sportlandschap).

Vraag 4

Aan wie legt NOC*NSF verantwoording af over de subsidies die van de overheid zijn ontvangen?

Antwoord 4:

Subsiëring vindt plaats op grond van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS. Op grond van deze regeling, legt NOC*NSF zowel financiële als inhoudelijk verantwoording af aan VWS.

Vraag 5

Zijn er werknemers van NOC*NSF die boven de Balkenendenorm verdienen? Zo ja, voor welke functies binnen het functiebouwwerk

Antwoord 5:

Het inkomensbeleid van NOC*NSF is een volledig eigen verantwoordelijkheid van de sportkoepel. Ik ben dan ook niet bekend met de hoogte van de salarissen van individuele werknemers bij NOC*NSF.

Vraag 6

Is bij het Ministerie van VWS bekend welke middelen nodig zijn om sporten die nieuw zijn op de Olympische Spelen in Tokio 2020 voldoende te kunnen ondersteunen in aanloop naar Tokio 2020?

Antwoord 6:

Nee.

Vraag 7

Waarom stelt de Minister voor de maximale eigen bijdrage voor de Wmo alleen voor eenverdienershuishoudens substantieel te verlagen? Waarom wordt de maximale eigen bijdrage voor alleenstaanden die nog niet de AOW-leeftijd hebben bereikt niet verlaagd?

Antwoord 7:

Huishoudens waarbij één van de partners chronisch ziek is en waarvan diegene als gevolg daarvan niet kan werken, kunnen maar één arbeidsinkomen genereren. Hiermee kunnen zij tevens geen aanspraak doen gelden op een aantal regelingen, gericht op het stimuleren van de arbeidsparticipatie van de minst verdienende partner. Zowel de Eerste als de Tweede Kamer heeft verzocht de mogelijkheden te onderzoeken om deze eenverdienerhuishoudens financieel tegemoet te komen. Het kabinet heeft er voor gekozen om voor deze groep een landelijke aanpassing van de maximale eigen bijdrage voor Wmo-ondersteuning door te voeren. Voor niet AOW-gerechtigde meerpersoonshuishoudens leidt deze maatregel tot een aanzienlijke verlaging van de eigen bijdrage voor Wmo-ondersteuning. De andere typen huishoudens (AOW-gerechtigden en alleenstaande niet AOW-gerechtigden) worden reeds bereikt door de algemene koopkrachtmaatregelen van het kabinet, maar profiteren – in mindere mate – ook van de verlaging van de eigen bijdrage voor Wmo-ondersteuning.

Vraag 8

Wat zijn de kosten om ook voor alleenstaanden die nog niet de AOW-leeftijd hebben bereikt de maximale eigen bijdragen voor de Wmo op gelijke wijze te verlagen als voor eenverdienershuishoudens?

Antwoord 8:

In de brief van 5 oktober (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 10) is nadere informatie gegeven over de uitwerking van de tegemoetkoming voor eenverdienerhuishoudens met een chronisch zieke partner. De doorgevoerde wijzingen in de maximale periode bijdrage verschillen op één punt tussen niet Aow-gerechtigde eenpersoonshuishoudens en meerpersoonshuishoudens, namelijk de verhoging van het inkomensbedrag. Voor eenpersoonshuishoudens is deze gestegen van € 22.486 naar € 22.632 (verschil € 146) en voor meerpersoonshuishoudens van € 28.177 naar € 35.000 (verschil € 6.823). Als het inkomensbedrag voor eenpersoonshuishoudens met nog eens € 6.677 zou worden verhoogd (is het verschil tussen € 6.823 en € 146) zullen gemeenten naar schatting € 4 miljoen minder aan eigen bijdragen ophalen.

Vraag 9

Wat zijn de kosten om voor niet-AOW-gerechtigde meerpersoonshuishoudens en voor niet-AOW-gerechtigde eenpersoonshuishoudens de procentuele bijdrage in de eigen bijdrage Wmo te verlagen van 12,5% naar 10%?

Antwoord 9:

Door het verlagen van het marginaal tarief in de maximale periode bijdrage voor niet-AOW-gerechtigde meerpersoonshuishoudens en niet-AOW-gerechtigde eenpersoonshuishoudens van 12,5% naar 10% zullen gemeente circa € 4 miljoen minder aan eigen bijdragen ophalen. Met deze hypothetische wijziging wordt er een uitzondering gemaakt voor de niet AOW-gerechtigde huishoudens. Het marginaal tarief is vanaf 2017 met 12,5% voor alle huishoudens namelijk gelijk in zowel de maximale

periode bijdrage Wmo als de lage eigen bijdrage Wlz. Met de gevraagde wijziging wordt weer van deze stroomlijning afgeweken.

Vraag 10

Hoeveel alleenstaanden die nog niet de AOW-leeftijd hebben bereikt betalen eigen bijdragen voor de Wmo?

Antwoord 10:

Er zijn circa 65.000 alleenstaanden die een eigen bijdrage betalen voor een maatwerkvoorziening Wmo en niet AOW-gerechtigd zijn.

Vraag 11

Wat is voor de gebruikelijke voorbeeldhuishoudens het effect op de koopkracht als de nominale premie niet uitkomt op de geraamde 1.241 euro, maar op 1.296 euro?

Antwoord 11:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de brief van de Minister van SZW van 3 oktober over het effect van de zorgpremie op de koopkracht (zie TK 29 689, nr. 775).

Vraag 12

Wat zijn de budgettaire gevolgen voor de zorgtoeslag als de nominale premie niet uitkomt op de geraamde 1.241 euro, maar op 1.296 euro?

Antwoord 12:

Als de nominale premie gemiddeld uitkomt op € 1.296 in plaats van op € 1.241 (een stijging van € 55) dan komt de zorgtoeslag voor alle eenpersoonshuishoudens met zorgtoeslag € 55 hoger uit dan geraamd in de begroting en € 110 hoger voor meerpersoonshuishoudens. Dat kost circa € 275 miljoen.

Vraag 13

Hoe hoog is de zorgtoeslag in 2017 voor een alleenstaande met een inkomen van respectievelijk 20.000, 25.000 en 30.000 euro?

Antwoord 13:

In onderstaande tabel staat hoeveel zorgtoeslag een alleenstaande ontvangt bij de gevraagde belastbare inkomens.

Belastbaar inkomen	Hoogte zorgtoeslag
€ 20.000	€ 1.018
€ 25.000	€ 360
€ 30.000	-

Vraag 14

Hoe hoog is de zorgtoeslag voor een alleenstaande met een inkomen van respectievelijk 20.000, 25.000 en 30.000 euro als de nominale premie niet uitkomt op de geraamde 1.241 euro, maar op 1.296 euro?

Antwoord 14:

In onderstaande tabel staat hoeveel zorgtoeslag een alleenstaande ontvangt bij de gevraagde belastbare inkomens bij een nominale premie van € 1.241 en bij een nominale premie van € 1.296.

Belastbaar inkomen	Hoogte zorgtoeslag bij nom. premie van € 1.241	Hoogte zorgtoeslag bij nom. premie van € 1.296	Vershil
€ 20.000	€ 1.018	€ 1.073	€ 55
€ 25.000	€ 360	€ 415	€ 55
€ 30.000	-	-	-

Vraag 15

Wat zijn de overheadkosten van de Britse NHS geweest over de afgelopen vijf jaar?

Antwoord 15:

In de OECD database zijn alleen de administratiekosten van het zorgstelsel van Groot-Brittannië gepubliceerd van 2013 en 2014. Deze lagen in beide jaren, voor de administratieve lasten in het hele stelsel, dus niet louter de NHS, op 0,2% van het BBP, ca. 2,5% van de totale uitgaven aan zorg (OECD health stat, 2016).

Een rapport uit februari 2016 van het Ministerie van Volksgezondheid van Groot-Brittannië (genaamd: «Operational productivity and performance in English NHS acute hospitals: Unwarranted variations») laat overigens zien dat er grote onverklaarbare verschillen bestaan tussen ziekenhuizen in Engeland, zowel op het gebied van (medische) prestaties als het aandeel administratief personeel en facilitaire kosten in de verschillende ziekenhuizen.

De OECD gaat naar verwachting in 2016 nog een rapport publiceren over verspilling, met daarin ook een hoofdstuk over administratieve lasten en mogelijkheden om deze te reduceren. Daarbij kan opgemerkt worden dat administratieve lasten niet per definitie verspilling zijn, deze zijn ook noodzakelijk om stelsels goed te laten functioneren. Denk bijvoorbeeld aan receptiemedewerkers die patiënten de weg wijzen of controllers die rapporteren over de financiën. Iedere (diensten)sector heeft te maken met een bepaald percentage aan administratieve lasten, een bepaald niveau van administratieve lasten is noodzakelijk om sectoren optimaal te kunnen laten functioneren. Daarmee kan het aandeel administratieve lasten in een stelsel niet alleen een indicator vormen om de prestaties van een stelsel op te beoordelen, maar moet dit in relatie tot andere indicatoren gezien worden (bijv. hoeveelheid beschikbare patiënteninformatie en mate van corruptie).

Vraag 16

Wat waren de overheadkosten, procentueel en absoluut, in de laatste vijf jaar van het ziekenfonds?

Antwoord 16:

De zorg- en bedrijfskosten staan in onderstaand overzicht.

Zorg- en Bedrijfskosten 2002–2005 in bedragen per verzekerde

	zorgkosten	bedrijfskosten	ratio
2002	€ 1.460	€ 64	4,4%
2003	€ 1.578	€ 62	3,9%
2004	€ 1.580	€ 62	3,9%
2005	€ 1.767	€ 75	4,2%

Bron: CTZ: Algemeen Rapport uitvoering Zfw 2004 en NZa: Uitvoering Zfw 2005

Vraag 17

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

Antwoord 17:

De meest recente gegevens gebaseerd op objectieve data zoals zorgregistraties en declaratiecijfers, staan in het onderzoek van het Nivel naar omvang en aard van zorgmijding. Ik heb dit onderzoek met mijn reactie daarop, bij brief van 28 oktober 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 664) aan de Kamer aangeboden.

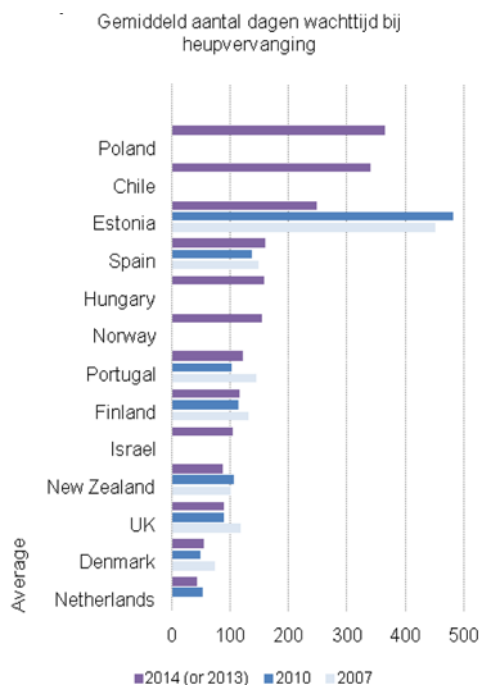
Naar zorgmijding bij de no-claimteruggave is geen onderzoek gedaan ten tijde van het ziekenfonds (2005).

Vraag 18

Wat waren de gemiddelde wachttijden voor heupoperaties, knieoperaties, cataract en borstkankeroperaties in Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Zweden, België en Duitsland in de periode 2012–2016? Hoe verhoudt de wachttijd in Nederland voor deze behandelingen zich tot de wachttijden ten tijde van het ziekenfonds?

Antwoord 18:

In de OECD database, die internationale zorgdata bevat, zijn alleen gegevens beschikbaar voor heup- en knieoperaties en cataracten voor Nederland en Engeland. De data voor Engeland zijn nog niet beschikbaar voor 2015. Vergeleken met de beschikbare gegevens van andere landen is te zien dat Nederland lage wachttijden heeft. De wachttijden liggen in Nederland voor de meeste specialismen ook onder de afgesproken Treeknorm (Marktscan Medisch-Specialistische zorg 2015, NZa)



Ten tijde van het ziekenfonds waren de wachttijden hoger. In de jaren 1997 tot 2000 waren de wachttijden voor orthopedie meer dan 12 weken (Zorgnota 2000, Rapportage wachttijden en wachtlijsten in de care en cure in 1999). Momenteel liggen de wachttijden hiervoor onder de Treeknorm van 4 weken. In 2004 was de gemiddelde verwachte wachttijd het langst

voor plastische chirurgie; 14 weken voor het eerste polikliniekbezoek, 17 weken voor dagopname en 26 weken voor klinische opname) (Zorgbalans, 2006). In 2015 was de langste wachttijd 7,7 weken (voor een borstverkleining) (NZa, Marktscan Medisch-specialistische zorg, 2015). Hoewel de meetmethoden van wachttijd verschillen tussen nu en tien jaar geleden, valt hieruit op te maken dat in ieder geval de maximale wachttijd, en ook de wachttijd voor orthopedie, gehalveerd is sinds 2004.

Vraag 19

Wat zijn de kosten van het afschaffen van het eigen risico?

Antwoord 19:

Het afschaffen van het eigen risico zorgt voor een opbrengstenderving van circa € 3,3 miljard. Dit cijfer is gebaseerd op de Macro-economische Verkenning (MEV) 2017 van het Centraal Planbureau (CPB). Dit bedrag moet dan – in principe – opgebracht worden via de nominale premie. Daarnaast dient er rekening gehouden te worden met een verminderd remgeldeffect en een besparing op de uitvoeringskosten. Afgaande op de raming bij *Zorgkeuzes in Kaart* (Kamerstuk 29 689, nr. 596) levert het afschaffen van het eigen risico circa € 600 miljoen extra zorguitgaven op. De totale verwachte kosten van het afschaffen van het eigen risico bedragen daarmee € 3,9 miljard voor 2017.

Daarnaast heeft het CPB in de *Startnotitie Keuzes in Kaart* gepubliceerd dat zij voor 2021 € 4,5 miljard zullen rekenen aan kosten voor het afschaffen van het eigen risico. Dit bedrag ligt hoger aangezien het eigen risico meestijgt met de zorguitgaven.

Vraag 20

Welke kosten brengt het plaatsen van de fysiotherapie, de tandzorg en de GGZ in de basisverzekering met zich mee; uitgesplitst per zorgsoort?

Antwoord 20:

Het is niet exact bekend hoeveel er wordt besteed aan fysiotherapie, tandzorg en GGZ, dat niet vergoed wordt uit het basispakket.

Uit een analyse van het CPB uit 2015 (SP-alternatief voor de financiering van de zorg) is voor het plaatsen van deze sectoren onder de basisverzekering een raming van € 2,5 miljard (Zvw-uitgaven en premiestijging) naar voren gekomen (in de notitie van het CPB is er geen uitsplitsing gemaakt naar de sectoren). Aangenomen mag worden dat het bedrag in 2017 hoger wat zal liggen.

Vraag 21

Kan een overzicht worden gegeven van alle projecten en subsidies die bestemd zijn voor migranten en asielzoekers?

Antwoord 21:

In meerdere onderdelen van de rijksbegroting zijn posten opgenomen voor migranten en asielzoekers. VWS financiert in 2017 de volgende projecten die zich specifiek richten op de gezondheidsbevordering van statushouders:

- ondersteuningsprogramma gemeenten (circa € 1,8 miljoen);
- kennisdelingsprogramma (circa € 1,6 miljoen).

Vraag 22

Kan in een overzicht worden geduid wat het totaal van alle uitgaven aan onverzekerden en illegalen is?

Antwoord 22:

In de verzekerdenmonitor die op 11 oktober 2016 (Kamerstuk 33 077, nr. 16) aan uw Kamer is gestuurd, kunt u een compleet overzicht terug vinden van de kosten voor onverzekerbare vreemdelingen. In 2015 is daar in totaal € 30,8 miljoen aan uitgegeven.

Vraag 23

Met hoeveel is de zorgpremie de afgelopen 5 jaar gestegen als gevolg van:

- wanbetalers,
- onverzekerden, en
- asielzoekers?

Antwoord 23:

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 rijksoverheid en verzekeraars verstrekken geen 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 het aantal onverzekerden en de hoogte van de zorgpremie. Door de rijksoverheid en verzekeraars wordt aan zorgaanbieders geen compensatie verstrekt als gevolg van het verstrekken van zorg aan onverzekerden. Onverzekerden zouden op die manier geen stijging van de premie moeten kunnen veroorzaken.

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 24

Hoeveel staat er nog op andere begrotingen voor zorguitgaven aan asielzoekers?

Antwoord 24:

Deze vraag kunt u stellen aan de Minister van Veiligheid & Justitie. Op die begroting staan de zorgkosten voor asielzoekers geraamd.

Vraag 25

Kunt u een overzicht sturen met de jaarlijkse uitgaven aan zorg vanaf 2000 t/m 2016 in totaal, en uitgesplitst per wet?

Antwoord 25:

In de onderstaande tabel zijn de jaarlijkse zorguitgaven onder het Budgettair kader Zorg (BKZ) vanaf het jaar 2000 tot en met 2016 opgenomen. Deze zorguitgaven zijn uitgesplitst in Zvw, AWBZ/Wlz, Wmo 2015, Jeugdwet en overig begrotingsgefinancierd.

In aanvulling op deze tabel zijn in de VWS-begroting 2017 de BKZ-uitgaven in diverse tabellen over meerdere jaren uitgesplitst per sector en financieringsbron opgenomen.

- In tabel 8 (pagina 171) zijn de begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven over de jaren 2016 tot en met 2021 uitgesplitst in Wmo /huishoudelijke verzorging, Wmo 2015, Jeugdwet en overig begrotingsgefinancierd.
- In tabel 15 (pagina 185) zijn de BKZ-uitgaven over de jaren 2007 tot en met 2017 per financieringsbron (Zvw, AWBZ/Wlz en begrotingsgefinancierd) uitgesplitst.
- Verder zijn er op Prinsjesdag historische cijfers over de zorguitgaven over de jaren 1996 tot en met 2021 per financieringsbron (Zvw, AWBZ/Wlz en begrotingsgefinancierd) uitgesplitst, als opendata gepresenteerd op «opendata.rijksbegroting.nl» en op «data.overheid.nl».

Ontwikkeling van de BKZ-uitgaven en -ontvangsten 2000-2016 (bedragen x € 1 miljoen)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ¹	2011	2012	2013	2014	2015 ²	2016
BKZ-uitgaven en -ontvangsten actuele																	
VWS-stand																	
Zorgverzekeringswet (Zvw)																	
Bruto-uitgaven	18.126	20.028	22.286	23.499	23.696	24.299	25.293	26.077	31.465	33.756	35.474	35.983	36.672	39.210	39.384	42.735	44.976
Ontvangsten	727	870	799	538	449	2.047	2.053	2.047	1.311	1.364	1.481	1.499	1.932	2.666	3.125	3.218	3.195
Netto-uitgaven	17.400	19.158	21.487	22.961	23.247	22.253	23.240	24.030	30.155	32.392	33.993	34.484	34.739	36.544	36.259	39.518	41.781
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)/Wet langdurige zorg (Wlz)																	
Bruto-uitgaven	14.581	16.212	18.420	20.168	21.179	22.156	22.996	22.852	21.806	23.221	24.135	25.222	27.865	27.452	27.806	19.916	19.823
Ontvangsten	1.645	1.559	1.600	1.835	1.755	1.788	1.795	1.618	1.618	1.594	1.478	1.620	1.697	1.915	1.971	1.866	1.826
Netto-uitgaven	12.936	14.653	16.821	18.334	19.424	20.368	21.201	21.235	20.188	21.627	22.657	23.603	26.169	25.537	25.835	18.050	17.997
Begrotingsgefinancierde uitgaven																	
Bruto-Wmo 2015 (Gemeentefonds)	-	-	-	-	-	-	-	1.411	1.475	1.533	1.541	1.456	1.511	1.561	1.714	4.943	4.945
Bruto- Jeugdwet (Gemeentefonds)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.034	1.920
Bruto-overig begrotingsgefinancierd (VWS- begroting)	1.935	2.205	2.394	0	0	50	35	636	783	824	1.327	1.820	1.893	594	577	491	486
Bruto- begrotingsgefinancierd	1.935	2.205	2.394	0	0	50	35	2.047	2.258	2.357	2.868	3.276	3.405	2.155	2.291	7.468	7.351
Ontvangsten	262	190	0	0	0	0	0	0	39	63	73	51	21	0	0	0	0
Netto-uitgaven	1.673	2.015	2.394	0	0	50	35	2.047	2.219	2.294	2.794	3.226	3.384	2.155	2.291	7.468	7.351
Bruto-BKZ-uitgaven	34.642	38.444	43.101	43.668	44.875	46.505	48.323	50.977	55.530	59.335	62.476	64.481	67.942	68.817	69.481	70.119	72.150
BKZ-ontvangsten	2.634	2.619	2.399	2.373	2.204	3.835	3.847	3.665	2.968	3.022	3.032	3.170	3.650	4.581	5.096	5.084	5.021
Netto-BKZ-uitgaven	32.009	35.826	40.702	41.295	42.671	42.670	44.476	47.312	52.562	56.313	59.444	61.312	64.292	64.237	64.385	65.035	67.129

¹ Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het BKZ is toegerekend.

² Ingaande 2015 is de Wet langdurige zorg in werking getreden en de uitgaven van extramurale zorg naar de Wmo overgeheveld.

Bron: VWS actuele stand OW 2017

Vraag 26

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van de vergrijzing?

Antwoord 26:

De groei van de collectieve zorguitgaven als gevolg van de demografische ontwikkeling – het effect van bevolkingsgroei en vergrijzing samen – bedraagt naar schatting 1,2%-punt per jaar in de huidige kabinetsperiode. De afgelopen decennia bedroeg de groei als gevolg van de demografische ontwikkeling ongeveer een kwart van de totale reële groei van de zorguitgaven.

Vraag 27

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van de toename van het aantal chronisch zieken?

Antwoord 27:

Hoewel bekend is dat chronisch zieken op individueel niveau hogere zorgkosten hebben dan niet-chronisch zieken valt niet te zeggen welk deel van de stijging van de totale collectieve zorguitgaven zuiver is toe te rekenen aan het stijgende aantal chronisch zieken. De toename van het aantal chronisch zieken staat immers niet op zichzelf maar is mede een gevolg van de toegenomen medische mogelijkheden om voorheen fatale ziekten te overleven. Ook de vergrijzing is een belangrijke verklaring voor de toename van het aantal mensen met (meerdere) chronische ziekten.

Vraag 28

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van technologische ontwikkelingen?

Antwoord 28:

Het is niet bekend welk deel van de groei van de collectieve zorguitgaven zuiver valt toe te schrijven aan technologische ontwikkelingen. Dat komt doordat «technologische ontwikkeling» een zeer breed begrip is waar veel verschillende ontwikkelingen in de zorg onder geschaard worden die zowel kostenverhogend als kostenbesparend kunnen zijn. Het precieze effect van technologische ontwikkeling op de totale collectieve zorguitgaven is daardoor niet te bepalen. Dit geldt overigens ook voor andere factoren, zoals sociaal-culturele ontwikkelingen of innovatie, die evident van invloed zijn op de collectieve zorguitgaven, maar waarvan het afzonderlijke effect eveneens niet te kwantificeren en te meten is.

Vraag 29

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van de concurrentie, marktwerking en reclame?

Antwoord 29:

Concurrentie en – gereuleerde – marktwerking leiden op zichzelf niet tot groei van de zorguitgaven maar zorgen voor meer keuzemogelijkheden voor patiënten en cliënten en betere kwaliteit tegen lagere kosten. Dit kan een hogere zorgvraag tot gevolg hebben dan het geval zou zijn in een zorgstelsel zonder marktwerking. In hoeverre dit ook daadwerkelijk het geval is valt echter niet te bepalen. De uitgaven van zorgverzekeraars aan reclame vormen geen onderdeel van de collectieve zorguitgaven. Er zijn bovendien geen aanwijzingen dat deze uitgaven een stijgende trend vertonen.

Vraag 30

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van dure geneesmiddelen?

Antwoord 30:

De kosten van door ziekenhuizen verstrekte dure geneesmiddelen droegen tussen 2012 en 2014 voor gemiddeld 0,2% per jaar bij aan de stijging van de collectieve zorguitgaven. Dit percentage is gecorrigeerd voor de overheveling van dure geneesmiddelen van de apotheek naar het ziekenhuis. De totale groei van de collectieve zorguitgaven bedroeg in dezelfde periode eveneens gemiddeld 0,2% per jaar. Deze groei kan echter niet puur op het conto van de dure geneesmiddelen worden geschreven. De groei van de collectieve zorguitgaven is het saldo van vele plussen en minnen, waarvan de stijging van de uitgaven aan dure geneesmiddelen er één is.

Vraag 31

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van dure geneesmiddelen?

Antwoord 31:

Zie het antwoord op vraag 30.

Vraag 32

Wat is thans een minimuminkomen?

Antwoord 32:

In 2017 bedraagt het bruto-minimumloon € 20.186.

Vraag 33

Wat is thans een modaal inkomen?

Antwoord 33:

In 2017 bedraagt het bruto modale inkomen € 37.000.

Vraag 34

Wat is thans een hoog inkomen?

Antwoord 34:

Wat een hoog inkomen is, is subjectief. Er is geen formele definitie van. In de koopkrachttabellen die het CPB en het Ministerie van SZW presenteren, heeft de hoogste inkomensgroep een inkomen vanaf 500% WML (ongeveer € 100.000).

Vraag 35

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

Antwoord 35:

Ik verwijs naar mijn brief van 28 oktober 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 664) waarmee ik het onderzoek van het Nivel naar omvang en aard van zorgmijding aan de Kamer heb aangeboden. Dit is het omvangrijkste onderzoek naar zorgmijding in Nederland dat is uitgevoerd met gebruikmaking van objectieve data, zoals zorgregistraties en declaratiecijfers.

Vraag 36

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

Antwoord 36:

Zie het antwoord op vraag 17.

Vraag 37

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die zorg mijden in 2016? Hoe was die verdeling voor in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 37:

Zie het antwoord op vraag 35.

Vraag 38

Hoeveel ouderen komen jaarlijks bij de huisarts en bij de SEH met opmerkelijk en onverklaarbaar letsel?

Antwoord 38:

Voor zover ons bekend is er geen landelijke registratie van ouderen die met opmerkelijk en onverklaarbaar letsel bij huisarts of de SEH komen. Het ministerie beschikt niet over de gevraagde gegevens.

Vraag 39

Zijn er het afgelopen jaar mensen opgepakt en berecht naar aanleiding van mishandeling van ouderen? Zo ja, hoeveel mensen betreft dit?

Antwoord 39:

Dat is niet bekend. Ouderenmishandeling als vorm van geweld in een afhankelijkheidsrelatie wordt bij de justitiepartners niet als zodanig geregistreerd. Zowel politie als OM registreren aangiftes, meldingen en zaken bijvoorbeeld onder «mishandeling», «huiselijk geweld» of in geval van financiële uitbuiting als financieel-economisch delict (bijvoorbeeld diefstal).

Vraag 40

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot ondervoeding van ouderen?

Antwoord 40:

Uit landelijke prevalentiecijfers blijkt dat in het verpleeghuis 10 tot 15%, in de thuiszorg 15 tot 30% en in het ziekenhuis 15 tot 25% van de patiënten ondervoed is. Bij opname op de ziekenhuisafdeling geriatrie is dit ca 38%.

Op dit moment werkt de Stuurgroep Ondervoeding aan het project «Goed gevoed ouder worden», waarmee uitvoering wordt gegeven het amendement ingediend door Kamerlid Dik-Faber (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 45). In dit project staat het voorkomen en behandelen van ondervoeding bij ouderen thuis centraal. Door bewustwording en kennis omtrent ondervoeding bij (pre)kwetsbare zelfstandig wonende ouderen en mantelzorgers te vergroten, kunnen zij zelf tijdig ingrijpen en ondervoeding voorkomen. De Stuurgroep was verder betrokken bij de voorbereiding van de campagne van omroep Max «De tanden in ondervoeding», die hier goed bij aansluit.

Vraag 41

Hoeveel cliënt-vertrouwenspersonen zijn er in zorginstellingen aangesteld in 2016?

Antwoord 41:

Wij hebben geen zicht op het aantal in 2016 aangestelde cliëntvertrouwenspersonen. Ook bij de Beroepsgroep CVP – nu BeVeZo – is dit aantal niet bekend.

Vraag 42

Hoe vaak werd in 2016 gedwongen zorg gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)? Wat voor gedwongen zorg betrof dit?

Antwoord 42:

Tot 6 oktober 2016 werd ruim 9.200 keer gedwongen zorg in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz) gemeld aan de IGZ. Het gaat hierbij om de maatregelen zoals beschreven in de Wet Bopz, zijnde onder andere separatie, afzondering, dwangmedicatie, fixatie, gedwongen vocht en voeding en in een beperkt aantal gevallen inzet van andere middelen zoals opsluiting op de kamer.

Vraag 43

Hoeveel ouderen die opgenomen waren in het ziekenhuis moesten daar noodgedwongen langer blijven, omdat er ergens anders geen plek voor hen was?

Antwoord 43:

Hierover worden landelijk geen gegevens bijgehouden (zie hierover ook TK Aanhangsel van de Handelingen 2015–2016, nr. 912, aanhangsel).

Vraag 44

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn in 2014, 2015 en 2016 gekort in hun loon?

Antwoord 44:

Ik beschik niet over gegevens hoeveel huishoudelijk verzorgenden in 2014, 2015 en 2016 gekort zijn op hun loon. Een werkgever – die met zijn werknemer een loon is overeengekomen – kan niet zondermeer eenzijdig het loon van een werknemer kan verlagen.

Vraag 45

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zijn er in 2015 en 2016 ontslagen?

Antwoord 45:

Ik beschik niet over ontslagcijfers specifiek voor de thuiszorg. De monitor sectorplannen (de meest recente monitor wordt als bijlage bij de arbeidsmarktbrief zorg net vóór of na deze antwoorden bij de ontwerpbeoordeling naar de Tweede Kamer gestuurd) bevat wel gegevens over ontslag via het UWV voor de sector verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) als geheel.

Vraag 46

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zijn geconfronteerd met loondump?

Antwoord 46:

Ik beschik niet over gegevens over hoeveel thuiszorgmedewerkers zijn geconfronteerd met loondump. Een werkgever – die met zijn werknemer een loon is overeengekomen – kan niet zondermeer eenzijdig het loon van een werknemer verlagen.

Vraag 47

Hoeveel thuiszorgmedewerkers zitten momenteel nog steeds zonder werk?

Antwoord 47:

Ik beschik niet over gegevens over hoeveel thuiszorgmedewerkers zonder werk zitten. De monitor sectorplannen (zie ook het antwoord op vraag 45) bevat wel gegeven over het aantal WW-uitkeringen voor de sector verpleging, verzorging en thuiszorg als geheel.

Vraag 48

Hoeveel zorgwoningen zijn er in Nederland?

Antwoord 48:

Er bestaat geen eenduidige definitie van een zorgwoning. Dat komt omdat de doelgroep 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 dan iemand die in een rolstoel zit), zorgzwaarte varieert en de woonwensen verschillen. De enige definitie van zorgwoningen die is vastgelegd bestaat in het woningwaarderingssysteem. «Zorgwoning» is volgens het WWS een aanduiding van een type woning¹ 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 49

Hoeveel mensen zijn langer thuis blijven wonen sinds de decentralisaties?

Antwoord 49:

Hoeveel mensen langer thuis blijven wonen is niet te zeggen.

Vraag 50

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

Antwoord 50:

Dergelijke gegevens worden niet geregistreerd. Het vragen naar partijlidmaatschap of aanhang van een bepaalde ideologie en het registreren van deze gegevens betekent een schending van het recht op privacy van de bestuurder. Deze gegevens mogen alleen verwerkt worden door bij wet bepaalde instanties of met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene. Dat is hier niet aan de orde.

Vraag 51

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

Antwoord 51:

De gevraagde gegevens over de relaties tussen bestuurders en patiëntenorganisaties worden niet geregistreerd.

Vraag 52

Hoeveel hbo-verpleegkundigen zijn er in 2016 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 52:

Het aantal hbo-verpleegkundigen in 2015 wordt geschat op 62.022. De verdeling van het aantal hbo-verpleegkundigen over de verschillende sectoren is volgens het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn (2015):

¹ Een zorgwoning is een in een woongebouw gelegen woonruimte die een zelfstandige woning vormt, waarbij woongebouw en woning geschikt en bestemd zijn voor mensen met een fysieke beperking, hetgeen in ieder geval blijkt uit een drempelloze toegankelijkheid en doorgankelijkheid, en waarbij de op deze woonruimte betrekking hebbende overeenkomst van huur en verhuur ten minste mede omvat:

- de aanwezigheid in de woning van een noodoproepinstallatie;
- het gebruik van de tot het woongebouw of zijn onroerende aanhorigheden ten minste behorende gemeenschappelijke ruimten voor maaltijden of recreatie, en die voor dit gebruik zijn ingericht.

UMC's	Algemene en overige ziekenhuizen	GGZ	Verpleging & Verzorging	Thuiszorg	Gehandicaptenzorg	Huisartsenzorg en gezondheidscentra	Overige zorg	Welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD)	Jeugdzorg	Kinderopvang	Totaal
8.261	17.076	9.406	3.327	10.478	6.073	2.991	3.639	490	140	141	62.022

Vraag 53

Hoeveel mbo-verpleegkundigen zijn er in 2016 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 53:

Het aantal mbo-verpleegkundigen in 2015 wordt geschat op 148.847. De verdeling van het aantal mbo-verpleegkundigen over de verschillende sectoren is volgens het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn (2015):

UMC's	Algemene en overige ziekenhuizen	GGZ	Verpleging & Verzorging	Thuiszorg	Gehandicaptenzorg	Huisartsenzorg en gezondheidscentra	Overige zorg	Welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD)	Jeugdzorg	Kinderopvang	Totaal
7.983	46.379	13.402	25.992	16.626	16.461	2.447	16.778	1.681	252	847	148.847

Vraag 54

Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er in 2016 werkzaam in de thuiszorg? Hoeveel was dit in voorgaande jaren?

Antwoord 54:

Volgens het onderzoek «Vraag en aanbod wijkverpleegkundigen 2015–2019» waren in 2015 8.800 hbo-wijkverpleegkundigen werkzaam. Deze schatting is gebaseerd op een eenmalig onderzoek. Trendmatige informatie is zodoende niet beschikbaar.

Vraag 55

Hoeveel verzorgenden IG zijn er in 2016 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 55:

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

Vraag 56

Hoeveel verzorgenden zijn er in 2016 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 56:

Het aantal verzorgenden in 2015 wordt geschat op 175.402. De volgende tabel bevat de verdeling van het aantal verzorgenden over de verschillende sectoren, volgens het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn (2015).

UMC's	Algemene en overige ziekenhuizen	GGZ	Verpleging & Verzorging	Thuiszorg	Gehandicaptenzorg	Huisartsenzorg en gezondheidscentra	Overige zorg	Welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD)	Jeugdzorg	Kinderopvang	Totaal
139	3.584	1.748	80.056	68.739	8.310	181	3.942	6.235	140	2.328	175.402

Vraag 57

Hoeveel helpenden zijn er in 2015 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 57:

In 2015 werd het aantal helpenden geschat op 32.872. De verdeling over de verschillende sectoren is volgens het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn (2015) als volgt:

UMC's	Algemene en overige ziekenhuizen	GGZ	Verpleging & Verzorging	Thuiszorg	Gehandicaptenzorg	Huisartsenzorg en gezondheidscentra	Overige zorg	Welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD)	Jeugdzorg	Kinderopvang	Totaal
278	2.741	416	17.051	8.904	1.918	0	303	1.121	0	141	32.872

Vraag 58

Hoeveel alfa hulpen waren/zijn werkzaam in de jaren 2007 t/m 2016?

Antwoord 58:

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

Vraag 59

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden waren/zijn werkzaam in de jaren 2007 t/m 2016?

Antwoord 59:

Er zijn geen cijfers beschikbaar van het aantal huishoudelijk verzorgenden. Er werken ook mensen als huishoudelijke hulp zonder een formele kwalificatie en deze worden niet geregistreerd. De onderstaande tabel laat de ontwikkeling zien van het totaal aantal zorg hulpen en helpenden, werkzaam in de VVT van 2007 tot en met 2015. 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
zorghulp & helpende	30.307	29.399	31.819	33.872	34.721	35.247	34.360	35.989	31.546

Vraag 60

Hoeveel medisch specialisten, uitgesplitst per beroep zijn er in 2015 werkzaam in de zorg?

Antwoord 60:

In onderstaande tabel is het aantal werkzame medisch specialisten per 31 december 2015 weergegeven.

Specialisatie

Anesthesiologie	1.560
Cardiologie	1.000
Cardio-thoracale chirurgie	120
Dermatologie, venerologie	520
Heelkunde	1.250
Interne geneeskunde	2.065
Keel-neus-oorheelkunde	490
Kindergeneeskunde	1.385
Klinische genetica	150
Klinische geriatrie	255
Longziekten en tuberculose	580
Maag-darm-leverziekten	455
Medische microbiologie	265
Neurochirurgie	135
Neurologie	905
Nucleaire geneeskunde	165
Obstetrie en gynaecologie	995
Oogheelkunde	630
Orthopedie	755
Pathologie	395
Plastische chirurgie	280
Psychiatrie	3.210
Radiologie	1.115
Radiotherapie	285
Reumatologie	280
Revalidatiegeneeskunde	530
Sportarts	130
Urologie	410

Vraag 61

Hoeveel verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen zijn er werkzaam in 2015?

Antwoord 61:

In 2015 waren er 3.150 verloskundigen (NIVEL), 9.960 kraamverzorgenden (Pensioenfonds Zorg en Welzijn), en 995 gynaecologen (Capaciteitsorgaan) werkzaam.

Vraag 62

Hoeveel huisartsen zijn er in totaal?

Antwoord 62:

Uit de gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten blijkt dat het aantal geregistreerde huisartsen op 1 januari 2016 in totaal 12.731 bedroeg. Het aantal werkzame huisartsen op peildatum 12 september 2016 was 9.418. Daarnaast waren er naar schatting 2.150 waarnemers.

Vraag 63

Hoeveel verpleeghuisartsen werken er in 2015 in Nederland?

Antwoord 63:

Per 31 december 2015 waren er 1.525 specialisten ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisartsen) in Nederland werkzaam.

Vraag 64

Hoeveel nurse practitioners en nurse physicians werken er in Nederland?

Antwoord 64:

Er zijn 2805 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 is niet te geven. Inschrijving bij de beroepsvereniging 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 800.

Vraag 65

Hoeveel tandartsen en mondhygiënisten werken er in Nederland?

Antwoord 65:

Volgens de Staat van de Volksgezondheid en Zorg zijn er 7.855 tandartsen werkzaam in Nederland. Dit is het meeste actuele cijfer.

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 3.300–3.400.

Vraag 66

Hoeveel anesthesisten werken er in 2016 in Nederland?

Antwoord 66:

Per 1 januari 2016 waren 1.560 anesthesisten in Nederland werkzaam.

Vraag 67

Hoeveel ZZP'ers werken jaarlijks in de zorg per sector?

Antwoord 67:

Uit CBS-cijfers blijkt dat in 2014 ongeveer 96.000 zzp'ers werkzaam waren binnen de zorg. Deze cijfers splitst het CBS echter niet uit naar sector. De AZW actueel van oktober 2016 van het onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg en welzijn (zie www.azwinfo.nl) bevat wel gegevens over het percentage zelfstandigen (het begrip zelfstandigen is ruimer dan het begrip zzp'ers) in de verschillende sectoren per 2015.

Vraag 68

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

Antwoord 68:

Bij de arbeidsmarktbrief zorg – die net vóór of na deze antwoorden bij de ontwerpbegroting naar de TK is/wordt gestuurd – wordt het eerder toegezegde onderzoek naar bemiddelingsbureaus voor zzp'ers in de zorg meegestuurd. Uit het onderzoek blijkt dat er op dit moment ongeveer 250 bedrijven actief zijn die zzp'ers ondersteunen met opdrachtbemiddeling.

Vraag 69

Hoeveel tandartsen zijn er in Nederland werkzaam, zowel Nederlandse als buitenlandse tandartsen? Hoeveel zijn er in 2016 nieuw opgeleid, hoeveel zijn er vanuit het buitenland ingestroomd in de Nederlandse arbeidsmarkt?

Antwoord 69:

Volgens de Staat van de Volksgezondheid en Zorg waren er in 2014 7.855 tandartsen werkzaam in Nederland². Dit is het meeste actuele cijfer. Hierbij wordt niet geregistreerd om hoeveel buitenlandse tandartsen het gaat.

In 2016 zijn er 381 nieuwe tandartsen ingeschreven in het BIG-register, waarvan 185 met een buitenlands diploma.

Vraag 70

Hoeveel opleidingsplaatsen zijn er in 2016 bijgekomen, uitgesplitst naar artsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistants?

Antwoord 70:

De aantallen beschikbaar gestelde opleidingsplaatsen voor 2016 zijn in onderstaande tabel weergegeven:

Opleiding	Aantal plaatsen
Basisopleiding geneeskunde ¹	3.050
Huisarts	750
Medisch specialist	1.212
Arts spoedeisende hulp (SEH-arts)	45
Specialist ouderengeneeskunde	128
Arts verstandelijk gehandicapten	24
Sociaal geneeskundigen	202
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 Deze aantallen betreffen het studiejaar 2016/2017

Vraag 71

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

Antwoord 71:

Hieronder vindt u een tabel met ziekteverzuimpercentages over het jaar 2015 van verschillende bedrijfstakken in de gezondheids- en welzijnzorg (bron: Centraal Bureau voor de Statistiek).

Tabel 1: Gemiddeld ziekteverzuim per jaar

Gezondheids- en welzijnzorg	5,0%
Welzijnzorg zonder overnachting	5,4%
Gezondheidszorg	4,1%
Ziekenhuizen	4,6%
Verpleging en zorg met overnachting	5,8%

Vraag 72

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

Antwoord 72:

Volgens gegevens van de Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) was in 2015 de gemiddelde uittredeleeftijd 64,2 jaar. Een uitsplitsing van de gemiddelde uittredeleeftijd naar zorgsector is niet beschikbaar.

Vraag 73

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

² <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/tandartsen-aantal-werkzaam>

Antwoord 73:

Werkgeversverband Regioplus maakt prognoses van tekorten op regionaal niveau, op basis van de Toekomstverkenning 2015–2019 van het Onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn, aan de hand van verwachtingen van werkgevers. Voor 2016 verwachten werkgevers in veruit de meeste van de 28 regio's een tekort van hbo-verpleegkundigen. In meeste gevallen gaat dit om een tekort van minder dan 40. In enkele regio's ligt deze verwachting rond 100 hbo-verpleegkundigen. Voor de overige kwalificaties worden vrijwel geen tekorten verwacht.

Vraag 74

Hoeveel mensen zijn geregistreerd in de Wet BIG, en hoeveel mensen zijn dit per beroepsgroep?

Antwoord 74:

Op 30 september 2016 waren er 364.938 personen ingeschreven in het BIG-register, van wie 7.156 apothekers, 84.509 artsen, 35.655 fysiotherapeuten, 17.456 gezondheidszorgpsychologen, 7.033 psychotherapeuten, 14.630 tandartsen, 4.159 verloskundigen en 194.340 verpleegkundigen. Deze informatie is te vinden op de website van het BIG-register (<https://www.bigregister.nl/overbigregister/cijfers/>).

Vraag 75

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

Antwoord 75:

Van over de hele wereld kunnen mensen in Nederland komen werken in de zorg.

Het meeste buitenlandse zorgpersoneel komt uit de Europese Economische Ruimte (EER) landen.

Vraag 76

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

Antwoord 76:

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 geadmistreerd. Buitenlands personeel van binnen de 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 77

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

Antwoord 77:

Sinds de inwerkingtreding van het Europese waarschuwingsmechanisme op 18 januari 2016 tot en met 9 oktober 2016 heeft Nederland 7.698 meldingen uit andere Europese lidstaten ontvangen over zorgverleners

met een gehele of gedeeltelijke beperking om het beroep uit te oefenen. Nederland heeft in dezelfde periode 23 meldingen gedaan.

Vraag 78

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

Antwoord 78:

Buitenlands personeel wordt op gelijke wijze behandeld en betaald als Nederlandse zorgverleners. Inzet van buitenlands personeel levert dus geen besparing op personeelskosten op.

Vraag 79

Welke maatregelen worden getroffen om de agressie tegen hulpverleners in de zorg aan te pakken?

Antwoord 79:

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 sectorspecifieke beleid om agressie aan te pakken.

Vraag 80

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

Antwoord 80:

Een beroepsbeoefenaar mag een beschermde beroepstitel alleen voeren als hij geregistreerd is in het BIG-register. Ook is een beroepsbeoefenaar alleen bevoegd tot het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen als hij BIG-geregistreerd is. Bij inschrijving in het BIG-register wordt gecontroleerd of de beroepsbeoefenaar over het juiste diploma beschikt. Het BIG-register is openbaar om zo de transparantie voor patiënten, zorgverzekeraars, werkgevers en andere zorgverleners te waarborgen. Elke vijf jaar moeten beroepsbeoefenaren vervolgens aantonen dat ze aan de gestelde herregistratie-eisen voldoen. Een patiënt kan zelf in het BIG-register inzien of een beroepsbeoefenaar in het BIG-register is geregistreerd.

Daarnaast is het de verantwoordelijkheid van werkgevers om te controleren of bij hen werkzame beroepsbeoefenaren, die een wettelijk gereguleerd beroep uitoefenen, BIG-geregistreerd zijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet hierop toe. Tevens kunnen verzekeraars de BIG-registratie controleren bij het aangaan van een contract en patiënten bij aanvang van een behandelrelatie met de beroepsbeoefenaar.

Vraag 81

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

Antwoord 81:

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 2016/2017) hebben 10 hogescholen een numerus fixus gevoerd voor de voltijds

opleidingsvariant. Bij de 7 hogescholen waar geen fixus gold, konden kandidaat-studenten, mits voldaan aan de vooropleidingseisen, beginnen zonder selectie.

Voor het studiejaar 2017–2018 hebben bovendien nog maar 5 hogescholen aangegeven een fixus te voeren voor de voltijds variant van de opleiding tot verpleegkundige. Een kandidaat-student kan dus bij 12 hogescholen de voltijds variant gaan volgen, zonder selectie.

Voor nadere informatie over dit onderwerp verwijs ik u naar de Minister van OCW.

Vraag 82

Zijn er wachtlijsten voor zorgberoepen? Zo ja, welke?

Antwoord 82:

Ik neem aan dat u doelt op wachtlijsten voor opleidingen. Voor de door VWS bekostigde opleidingen (o.a. de medisch specialistische vervolgoopleidingen 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 83

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

Antwoord 83:

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 2016 zijn in onderstaande tabel weergegeven:

Opleiding	Aantal plaatsen
Medische en geneeskundige specialisaties	6.418 ¹
Specialist ouderengeneeskunde	377 ²
Huisarts	2.294 ²
Arts verstandelijk gehandicapten	18 ²
Sociaal geneeskundigen	239 ³
Verpleegkundig specialisten, physician assistant	579 ⁴

¹ Toegewezen opleidingsplaatsen in fte in 2016. Bron: NZa

² Gerealiseerde opleidingsplaatsen (personen) per 31 september 2016. Bron: SBOH

³ Toegewezen opleidingsplaatsen die onder de subsidieregeling opleidingen publieke gezondheidszorg vallen, in fte voor 2016.

⁴ Instroom in studiejaar 2016–2017. Bron: Vereniging Hogescholen

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 84

Hoeveel zorgverleners zijn in 2016 ontslagen vanwege bezuinigingen, uitgesplitst per zorgsector en beroep? Wat zijn de cijfers van voorgaande jaren?

Antwoord 84:

Ik beschik niet over cijfers over het aantal ontslagen vanwege bezuinigingen.

Vraag 85

Klopt het dat er de afgelopen jaren 80.000 zorgverleners zijn ontslagen? Zo nee, hoeveel zijn er ontslagen, en hoeveel zorgverleners hebben inmiddels weer een baan kunnen vinden?

Antwoord 85:

Nee. Het aantal werknemers binnen de sector zorg en welzijn is tussen 2012 en 2015 met bijna 80.000 (30.000 fte) afgenomen. Dit betreft het saldo van in- en uitstroom uit de sector. Ontslag maakt onderdeel uit van de uitstroom uit de sector (net als bijvoorbeeld uitstroom naar een andere sector of door pensionering). In de monitor sectorplannen (zie ook het antwoord op vraag 45) zijn onder andere gegevens over ontslag via het UWV opgenomen. Het aantal door het UWV verleende ontslagvergunningen voor de sector zorg en welzijn tussen januari 2014 tot en met juni 2016 betreft ongeveer 7.000.

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. Het UWV heeft voor de sector zorg en welzijn tussen januari 2014 tot en met juni 2016 ongeveer 125.000 WW-uitkeringen toegekend. Bij deze toekenningen gaat het echter niet om unieke personen. De ervaring leert dat dezelfde persoon meerdere keren in een bepaalde periode een WW-uitkering toegekend krijgt. Het aantal personen dat in de gehele periode van 30 maanden in de WW terecht is gekomen, ligt dus lager. Ik beschik niet over gegevens over het aantal zorgverleners dat een baan heeft gevonden na ontslag.

Vraag 86

Hoeveel mensen maken vanaf 2016 gebruik van de Wlz, in aantallen?

Antwoord 86:

Op 1 juli 2016 hebben 287.170 mensen een indicatie voor de Wlz. In onderstaande tabel staan de aantallen cliënten per zorgzwaartepakket.

Peildatum 1-jul-16	aantal cliënten
TOTAAL Wlz¹	287.170
VV01	1.399
VV02	4.474
VV03	10.016
VV04	31.789
VV05	64.854
VV06	31.378
VV07	12.802
VV08	2.321
VV09	8
VV09a	1
VV09b	793
VV10	901
Totaal VV	160.736
VG01	635
VG02	4.987
VG03	23.617
VG04	13.942
VG05	11.008
VG06	23.269
VG07	12.957
VG08	6.798
Totaal VG	97.213

Peildatum 1-jul-16	aantal cliënten
LVG01	31
LVG02	512
LVG03	1.154
LVG04	303
LVG05	43
SGLVG01	447
Totaal (SG)LVG	2.490
ZGVIS01	84
ZGVIS02	312
ZGVIS03	653
ZGVIS04	394
ZGVIS05	573
Totaal ZGVIS	2.016
ZGAUD01	83
ZGAUD02	420
ZGAUD03	494
ZGAUD04	233
Totaal ZGAUD	1.230
LG01	280
LG02	1.589
LG03	977
LG04	4.302
LG05	1.389
LG06	5.368
LG07	1.504
Totaal LG	15.409
GGZ01B	6
GGZ02B	59
GGZ03B	561
GGZ04B	1.024
GGZ05B	3.875
GGZ06B	793
GGZ07B	1.758
Totaal GGZB	8.076

¹ inclusief eerstelijnsverblijf (bij VV3, VV6 en VV 10)

Bron: Kwartaalrapportage CIZ 2015 Q3 t/m 2016 Q2

Vraag 87

Hoeveel mensen maken vanaf 2016 gebruik van de Wmo, in aantallen?

Antwoord 87:

Het totaal aantal mensen dat ondersteuning krijgt op basis van de Wmo 2015 is niet bekend. Gemeenten hebben op grond van de Wmo 2015 een brede opdracht om ondersteuning gericht op zelfredzaamheid en participatie te bieden. Gemeenten bieden een diversiteit aan algemeen toegankelijke en individuele voorzieningen om invulling te geven aan deze opdracht. Hiermee kunnen gemeenten maatwerk bieden aan cliënten en hun sociale omgeving, aansluitend op de lokale situatie. Door deze lokale diversiteit is het niet mogelijk een volledig landelijk overzicht te geven van het gebruik van de Wmo 2015.

Vraag 88

Hoeveel mensen maken vanaf 2016 gebruik van de Zvw, in aantallen?

Antwoord 88:

Het aantal Zvw-verzekerden bedraagt circa 16,8 miljoen. In de loop van de jaren is het aandeel van de verzekerden dat zorgkosten heeft redelijk constant gebleven. Als we kijken naar alle zorgsoorten samen dan heeft ieder jaar ongeveer 88% van de verzekerden zorgkosten binnen de Zorgverzekeringswet. De hoogte van dit percentage wordt in belangrijke mate bepaald door de kosten van geneesmiddelen. Het overgrote deel van de verzekerden heeft jaarlijks farmaciekosten.

Voor meer gedetailleerde informatie over het zorggebruik t/m 2014 verwijs ik u naar de site <http://10jaarzvw.nl/>. Over de ontwikkeling van het zorggebruik na 2014 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Vraag 89

Hoeveel mensen maken vanaf 2016 gebruik van zorg vanuit de jeugdzorg, in aantallen?

Antwoord 89:

Op 31 oktober publiceert het CBS de cijfers over het jeugdhulpgebruik in de eerste helft van 2016. Er zit een interval van drie maanden tussen einde verzameling (augustus) en publicatie omdat CBS de betrouwbaarheid van de aangeleverde data bij aanbieders controleert. Hierdoor kan deze vraag op dit moment niet worden beantwoord.

Vraag 90

Hoeveel mensen maken gebruik van huishoudelijke verzorging?

Antwoord 90:

Zie het antwoord op vraag 87.

Vraag 91

Hoeveel mensen maken gebruik van dagbesteding?

Antwoord 91:

Over het aantal mensen dat gebruikt maakt van dagbesteding wordt niet apart gerapporteerd. In de praktijk zijn dagbesteding, begeleiding en andere vormen individuele en groepsgerichte begeleiding namelijk niet goed van elkaar te onderscheiden. Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u dan ook naar het antwoord op vraag 87.

Vraag 92

Hoeveel mensen maken gebruik van begeleiding?

Antwoord 92:

Over het aantal mensen dat gebruikt maakt van begeleiding wordt niet apart gerapporteerd. In de praktijk zijn dagbesteding, begeleiding en andere vormen individuele en groepsgerichte begeleiding namelijk niet goed van elkaar te onderscheiden. Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u dan ook naar het antwoord op vraag 87.

Vraag 93

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

Antwoord 93:

Over het aantal mensen dat gebruikt maakt van begeleiding in combinatie met persoonlijke verzorging wordt niet apart gerapporteerd. In de praktijk zijn dagbesteding, begeleiding en andere vormen individuele en groepsgerichte begeleiding namelijk niet goed van elkaar te onderscheiden. Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u dan ook naar het antwoord op vraag 87.

Vraag 94

Kunt u de stand van zaken van het weren van hormoonverstoorders geven?

Antwoord 94:

De Europese Commissie heeft criteria voor hormoonverstorende stoffen gepubliceerd en bereidt de implementatie hiervan voor. Ook is de Commissie een proces gestart om richtlijnen op te stellen gericht op de informatievereisten.

Het RIVM levert een belangrijke wetenschappelijke bijdrage aan de kennis die nodig is om hormoonverstorende stoffen te weren. Zo is het RIVM onder andere betrokken bij het humaan biomonitoring project. Hierbij wordt gekeken naar voor hormoonverstoring relevante stofgroepen (bisphenolen, phtalaten, perfluorverbindingen, flame retardants, emerging chemicals, mixtures).

Vraag 95

Hoeveel mensen maken gebruik van beschermd wonen?

Antwoord 95:

Zie het antwoord op vraag 87.

Vraag 96

In uw reactie op het RIVM-rapport over hormoonverstoorders kondigde u maatregelen aan, kunt u de stand van zaken van deze maatregelen geven en een indicatie van het vervolgtraject?

Antwoord 96:

In april van dit jaar heb ik het RIVM-rapport over de stof Bisphenol A (BPA) aan de European Food Safety Authority (EFSA) aangeboden. De EFSA bevestigt het RIVM-standpunt dat BPA effect heeft op het immuunsysteem, maar ziet onvoldoende reden om de grenswaarde voor BPA tussentijds aan te passen. De EFSA neemt de uitkomsten mee met een evaluatie van de norm in 2017.

Daarnaast heb ik een aantal nationale maatregelen aangekondigd:

- Om de blootstelling aan BPA te verminderen is inzicht nodig in de actuele situatie van de belangrijkste bronnen van BPA waaraan de consument wordt blootgesteld. Het RIVM voert dit onderzoek uit. De resultaten van het onderzoek zijn in 2017 beschikbaar.
- Met de ziekenhuiskoepels NVZ en NFU en de beroepsverenigingen NVOG en NVK loopt overleg om BPA en DEHP (weekmaker) in medische hulpmiddelen op kinderafdelingen en intensive care units voor pasgeborenen op een verantwoorde manier terug te dringen.
- Ik heb het RIVM opdracht gegeven een document op te stellen waarin in begrijpelijke taal informatie wordt gegeven over hormoonverstorende stoffen. Dit document wordt momenteel getoetst en dient als brondocument voor de informatievoorziening aan verschillende groepen eindgebruikers, waaronder de voorlichting aan zwangere vrouwen.
- In overleg met enkele vertegenwoordigers van de industrie is gesproken over het terugdringen van het gebruik van BPA in consumptieproducten, zoals bijvoorbeeld verpakkingsmaterialen.

Vraag 97

Hoeveel mensen maken gebruik van ziekenhuiszorg?

Antwoord 97:

Zie het antwoord op vraag 802.

Vraag 98

Op welke wijze wordt er door de overheid, universiteiten en het bedrijfsleven geïnvesteerd in het zoeken naar en ontwikkelen van alternatieven voor hormoonverstorende stoffen zoals bisfenol A?

Antwoord 98:

De Gezondheidsraad concludeert dat nog te weinig bekend is over de gezondheidkundige eigenschappen van BPA-analogen (stoffen die chemisch verwant zijn aan BPA, zoals Bisphenol S). Zij vindt het daarom voorlopig niet raadzaam om BPA door BPA-analogen te vervangen³. De EFSA heeft weliswaar een limiet voor een toelaatbare inname van BPA vastgesteld, maar verbiedt het gebruik van deze stof niet⁴. Ook het RIVM pleit niet voor een verbod van BPA⁵.

Desondanks zie ik dat bedrijven zich naar aanleiding van maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in andere landen inzetten om de blootstelling van consumenten aan BPA omlaag te brengen. Een aantal bedrijven, bijvoorbeeld in de (fris-) drankenindustrie, heeft de coatings van de blikjes vervangen door een variant zonder BPA. Tot nu toe is het nog niet gelukt voor alle situaties een alternatief voor BPA te vinden (bijvoorbeeld voor verhoogde temperatuur en zure omgeving). Ik heb er geen zicht op hoeveel de bedrijven investeren in het ontwikkelen van alternatieven.

Vraag 99

Hoeveel mensen maken gebruik van wijkverpleging?

Antwoord 99:

In 2015 hebben circa 512.000 unieke cliënten gebruik gemaakt van wijkverpleging.

Vraag 100

Hoeveel mensen wonen in een verzorgingshuis?

Antwoord 100:

In 2015 bedroeg het aantal cliënten met verzorgingshuiszorg (zonder behandeling) 52 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg gemaakt hebben. Die bedragen over 2015 19,1 miljoen dagen (bron: Monitor Langdurige Zorg).

Vraag 101

Hoeveel mensen wonen in een verpleeghuis?

Antwoord 101:

In 2015 bedroeg het aantal cliënten met verpleeghuiszorg (met behandeling) 78 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg gemaakt hebben. Die bedragen over 2015 28,4 miljoen dagen (bron Monitor Langdurige Zorg).

Vraag 102

Hoeveel mensen wonen in een beschermd woonvorm?

Antwoord 102:

Zie het antwoord op vraag 87.

³ Gezondheidsraad. De gezondheidsrisico's van bisfenol A-analogen. Datum: 2014/03.

⁴ EFSA. Scientific Opinion on the risks to public health related to the presence of bisphenol A (BPA) in foodstuffs. Datum: 2015/01, update: 2015/03.

⁵ RIVM. Bisphenol A: Part 2. Recommendations for risk management. Datum: 2016/03

Vraag 103

Hoeveel mensen wonen in een instelling voor gehandicaptenzorg?

Antwoord 103:

In 2015 bedroeg het aantal cliënten in een instelling voor gehandicaptenzorg 74 duizend. Dit aantal is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg gemaakt hebben. Die bedragen over 2015 27,1 miljoen dagen (bron Monitor Langdurige Zorg).

Vraag 104

Hoeveel mensen wonen in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord 104:

Uit de Monitor Langdurige Zorg (2015) blijkt dat er 6.900 cliënten langdurig in een ggz-instelling verblijven («wonen»).

Uit de Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ blijkt dat in 2014 in totaal circa 36.000 unieke cliënten opgenomen zijn in ggz-instellingen (Zvw). Circa een kwart van de opnamen duurde maximaal een week, ruim de helft verbleef maximaal een maand in de ggz-instelling.

Vraag 105

Kunt u de stand van zaken geven met betrekking tot het blootstellingsonderzoek van omwonenden aan landbouwgif?

Antwoord 105:

De Staatssecretaris van Infrastructuur en Milieu heeft uw kamer hierover op 12 juli jl. geïnformeerd (Kamerstuk 27 858, nr. 370).

Vraag 106

Hoeveel mensen maken gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord 106:

In 2014 hebben 390.000 mensen ten minste één consult gekregen bij de praktijkondersteuner bij de huisarts. In hetzelfde jaar zijn er door de GGZ-instellingen ruim 532.000 cliënten ambulant behandeld in de gespecialiseerde GGZ, ruim 41.000 cliënten zijn behandeld in de generalistische basis GGZ. Ruim 19.000 cliënten hebben AWBZ gefinancierde individuele begeleiding ontvangen en ruim 10.000 mensen hebben AWBZ gefinancierde groepsbegeleiding gekregen.

Vraag 107

Wanneer verwacht u resultaten van het verkennende gezondheidsonderzoek bij omwonenden van agrarische percelen in relatie tot bestrijdingsmiddelen? (bron <http://www.bestrijdingsmiddelen-omwonenden.nl/>)

Antwoord 107:

De resultaten worden begin 2018 verwacht.

Vraag 108

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

Antwoord 108:

Op 31 oktober aanstaande publiceert het CBS de halfjaarcijfers jeugdhulpgebruik 2016. Hierdoor kan deze vraag op dit moment niet worden beantwoord.

Vraag 109

Kunt u recente cijfers aanleveren met betrekking tot voedselveiligheidsrisico's, dus besmettingspercentages met onder andere salmonella, MRSA, ESBL's etc?

Antwoord 109:

Jaarlijks brengt het RIVM in samenwerking met de NVWA een rapportage uit van de geregistreerde voedselinfecties en vergiftigingen in Nederland. De rapportage over 2015 is in september 2016 gepubliceerd en toegankelijk via de website van het RIVM.

Vraag 110

Hoeveel DOT's zijn er geopend in 2016, uitgesplitst per specialisme?

Antwoord 110:

Vektis geeft aan dat ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra tot en met 31 augustus 2016 4,5 miljoen DBC-zorgproducten hebben gedeclareerd bij zorgverzekeraars. Aangezien 2016 nog een lopend jaar is dat niet is uitgedeclareerd, zijn er nog geen actuele cijfers die uitgesplitst kunnen worden per specialisme.

Vraag 111

Hoeveel budget is er gereserveerd voor het bevorderen van de consumptie van plantaardige eiwitten?

Antwoord 111:

Dit kan ik niet exact aangeven. Het Voedingscentrum ontvangt subsidie en verstrekt informatie en geeft voorlichting over veilige, gezonde en duurzame voedingskeuzes. Het totale budget dat het Voedingscentrum ontvangt vanuit VWS is voor 2017 voorzien op € 5.365.000,-. Meer plantaardige eiwitten consumeren is hier integraal onderdeel van. De richtlijnen Goede Voeding van de Gezondheidsraad liggen ten grondslag aan de informatie van het Voedingscentrum. Kern van deze richtlijnen is het advies om te eten volgens een meer plantaardig minder dierlijk voedingspatroon.

Daarnaast zet ook de Staatssecretaris van Economische Zaken in op het bevorderen van meer aanbod en consumptie van plantaardige eiwitten.

Vraag 112

Hoeveel personen hebben een zorg met verblijf indicatie?

Antwoord 112:

Zie het antwoord op vraag 86.

Vraag 113

Hoeveel budget is gereserveerd voor de stimulering van de ontwikkeling van SPF-stallen in het kader van antibioticaresistentie?

Antwoord 113:

Er is geen specifiek budget gereserveerd voor de stimulering van de ontwikkeling van SPF-stallen (specified pathogen free- stallen) ten algemene of in het kader van antibioticaresistentie in het bijzonder.

Vraag 114

Hoeveel personen hebben een zorg zonder verblijf indicatie?

Antwoord 114:

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 87.

Vraag 115

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

Antwoord 115:

Eigen vermogen x € 1 miljoen	2010	2011	2012	2013	2014 ¹
Universitair medische centra	1.089	1.215	1.497	1.637	1.822
Algemene ziekenhuizen	2.006	2.297	2.625	3.100	3.388
Categorale ziekenhuizen	236	260	288	319	343
Geestelijke gezondheidszorg	894	1.014	1.121	1.188	1.234
Gehandicaptenzorg	1.424	1.625	1.865	1.994	2.221
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	3.005	3.340	3.802	4.072	4.348

¹ De cijfers 2016 (lopende boekjaar is nog niet afgelopen) en 2015 zijn nog niet beschikbaar.

Bron: CBS

Vraag 116

Kunt u aangeven op welke wijze het bedrag bestemd voor de NVWA wordt ingevuld?

Antwoord 116:

Het bedrag van € 81,6 miljoen in 2017 voor de NVWA is voor een groot deel bestemd voor het toezicht van de NVWA op voedselveiligheid, productveiligheid en handhaving van regelgeving m.b.t. tabak en alcohol. Daarbij gaat het o.a. om toezicht op voedselveilige productie van eet- en drinkwaren bij bedrijven die voedsel direct aan consumenten leveren en toezicht op de veiligheid van non-foodproducten. Daarnaast is eind 2013 met het plan van aanpak voor de verbetering van het toezicht besloten (Kamerstuk 33 835, nr. 1) de NVWA adequaat toe te rusten op haar taak en hierin fors te investeren. Hiervoor is vanaf 2015 jaarlijks een bedrag van € 10 miljoen beschikbaar.

Vraag 117

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

Antwoord 117:

In de onderstaande tabel treft u een overzicht van het aantal uitgesproken faillissementen in de eerste drie kwartalen van 2016, uitgesplitst naar zorgsector. De cijfers zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Uitgesproken faillissementen zorgsector t/m september 2016 (Bron: CBS)

	Natuurlijke personen met eenmanszaak	Bedrijven en instellingen	Totaal
Gezondheidszorg	3	51	54
Ziekenhuizen	0	0	0
Medische praktijken	1	18	19
Overige ambulante gezondheidszorg	2	33	35
Verpleging en zorg met overnachting	0	5	5
Verpleeghuizen	0	0	0
Huizen verstandelijk gehandicapten	0	2	2
Huizen lichamelijk gehandicapten	0	3	3
Welzijnszorg met overnachting	0	0	0
Welzijnszorg zonder overnachting	13	67	80
Welzijnswerk ouderen, gehandicapten	5	31	36

	Natuurlijke personen met eenmanszaak	Bedrijven en instellingen	Totaal
<i>Kinderopvang, jeugd- en welzijnswerk</i>	8	36	44

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 «Welzijnzorg zonder overnachting» ook gefailleerde kinderopvanginstellingen.

Vraag 118

Hoeveel mensen hebben een zorgzwaartepakket? Kunnen per zorgzwaartepakket de aantallen worden genoemd?

Antwoord 118:

Zie het antwoord op vraag 86.

Vraag 119

Hoeveel budget is gereserveerd voor preventie door vergroening van de leefomgeving, en op welke wijze wordt dat besteed? Hoeveel budget is er gereserveerd voor het stimuleren van groene schoolpleinen? Welke meetbare doelen moeten in 2015 gerealiseerd zijn met betrekking tot preventie door het vergroenen van de leefomgeving?

Antwoord 119:

In het komende jaar is hiervoor geen budget gereserveerd. We willen wel stimuleren dat de positieve effecten van «groen» op gezondheid meer in de gezondheid(szorg) worden toegepast. We verkennen met het Ministerie van EZ of een beperkt aantal bestaande groene interventies in de database van het loket Gezond leven van het RIVM als erkende interventies kunnen worden opgenomen. Eind 2016 zijn 70 voorbeeld-schoolpleinen gerealiseerd, die de afgelopen 4 jaar zijn gesubsidieerd. Zoals afgesproken worden ervaringen, best-practices, handleidingen en ontwikkelde materialen nu verder verspreid via Gezondschool.nl.

Vraag 120

Hoeveel zorgzwaartepakketten zijn er in totaal?

Antwoord 120:

Er zijn 38 zorgzwaartepakketten (7 in de sector verpleging en verzorging, 7 in de GGZ en 24 in de verschillende onderdelen van de gehandicaptenzorg)

Vraag 121

Hoe zijn de prijzen van zorgzwaartepakketten (zzp's) de afgelopen jaren veranderd? Kan een historisch overzicht worden gegeven van de prijsontwikkeling van zzp's?

Antwoord 121:

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

Vraag 122

Hoeveel procent van de zorgaanbieders maakte in 2016 gebruik van digitale gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders? Hoe was dat percentage in voorgaande jaren?

Antwoord 122:

De mate van gebruik van digitale gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders verschilt per type zorgaanbieder. Dit wordt duidelijk uit de e-health monitor 2016, welke recent naar u is verzonden. (Kamerstuk 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. De percentages zijn uiteenlopend; met andere afdelingen binnen de eigen instelling kan in verhouding het meest uitgewisseld worden (83% in 2016 en 88% in 2014) en uitwisseling van gestandaardiseerde elektronische informatie is het minst vaak mogelijk met GGZ- instellingen, thuiszorgorganisaties, ZBC's, verpleeghuizen en ziekenhuizen (allen onder de 20% sinds 2014).

Vraag 123

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

Antwoord 123:

Uit het handelsregister blijkt dat er 1.529 bv's, 2 nv's, 8 verenigingen, 557 vof's, 12.291 eenmanszaken en 1.105 stichtingen zich in 2015 hebben geregistreerd als zorgverlener of zorginstelling. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat het ook om een nieuwe vestiging van een al bestaande onderneming kan gaan.

Vraag 124

Hoeveel zorgorganisaties hebben onderhangende BV's?

Antwoord 124:

Van 4.439 toegelaten instellingen is het KvK-nummer bekend. Daarvan is in het handelsregister bij 248 instellingen sprake van een dochter BV.

Vraag 125

Hoeveel mensen zijn een eigen BV gestart om de eigen bijdrage m.b.t. de vermogensinkomensbijtelling te omzeilen?

Antwoord 125:

Het aantal mensen dat een eigen BV start om een hoge(re) eigen bijdrage in de Wlz te voorkomen is niet bekend.

Vraag 126

Kunt u nauwkeurig toelichten per beleidsartikel welke extra amendeer ruimte nog bestaat? Als deze ruimte ontbreekt, wat is daar dan de reden van?

Antwoord 126:

Strikt genomen is het budget dat nog niet juridisch verplicht is amendeerbaar. Een overzicht is, uitgesplitst per beleidsartikel, in de

begroting opgenomen in het overzicht niet-juridisch verplichte uitgaven. De niet-juridisch verplichte uitgaven zijn gereserveerde middelen die later in het begrotingsjaar worden verplicht. In veel gevallen liggen er ook politieke en bestuurlijke afspraken aan deze voornemens ten grondslag. De niet-juridisch verplichte uitgaven zijn dan ook niet te beschouwen als middelen die zonder meer vrijelijk beschikbaar zijn voor alternatieve aanwending.

Amendementen die leiden tot een verlaging van de budgetten die nog niet juridisch verplicht zijn, gaan ten koste van de uitvoering van de politieke en bestuurlijke afspraken.

Vraag 127

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

Antwoord 127:

Aan de aanbevelingen uit «Beperkt weerbaar» is op diverse manieren gevolg gegeven. In de sector gehandicaptenzorg is de afgelopen jaren, mede op mijn verzoek, veel materiaal en beleid ontwikkeld met betrekking tot de aanpak en preventie van seksueel misbruik. Ook is er in mijn opdracht een wegwijzer gemaakt om ouders en zorgprofessionals inzicht te geven in het beschikbare materiaal. In het komende jaar richt de aandacht zich met subsidie van VWS op de aanpak van de loverboy-problematiek onder jongeren (jongens en meisjes) met een lichte verstandelijke beperking. Onderzocht zal worden of en hoe de producten van de Commissie «Aanpak meisjesslachtoffers loverboys/mensenhandel» (Commissie Azough) toepasbaar kunnen worden gemaakt voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking en jongeren met psychische problematiek.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de afgelopen jaren diverse veranderingen doorgevoerd in de registratie van meldingen over seksueel misbruik en grensoverschrijdend gedrag. Ook zijn er cliëntcategorieën samengevoegd. Daardoor zijn de cijfers van 2012 niet goed vergelijkbaar met die uit latere jaren.

Vraag 128

Kan een overzicht per jaar worden gegeven van de kostenontwikkeling van verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg van 2000 tot 2005, en van 2006 tot en met 2016? Kunnen deze cijfers worden voorzien van uw duiding?

Antwoord 128:

Ja. Bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2016 (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 uit de «Zorgrekeningen» van het CBS over de periode 2000–2013 over de ouderenzorg in zijn totaliteit en via een tabel over de periode 2011–2015 van de intramurale ouderenzorg.

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 het jaar 2016. De reeks is net zoals vorig jaar gecorrigeerd voor verschuivingen van posten die behoren tot de contracteerruimte, zodat de reeks beter vergelijkbaar is in de tijd. Voor 2016 gaat het om voorlopige cijfers. Naar verwachting stijgen de uitgaven in 2016 ten opzichte van 2015 met 0,3 miljard tot € 9,4 miljard.

Tabel: Uitgaven intramurale ouderenzorg 2011–2016, gecorrigeerd voor verschuivingen

		<i>x € 1 miljard</i>					
		2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	Intramurale ouderenzorg contracteer- ruimte	7,7	8,7	8,4	8,7	8,6	8,9
2	Correctie kapitaallasten (nacalculatie)	1,5	1,5	1,3	1,2	0,8	0,5
3	Correctie overheveling GRZ	- 0,7	- 0,7				
4	Correctie lage zzp's (V&V1-3)	- 1,0	- 1,0	- 0,9	- 0,7	- 0,3	0,0
5	Intramurale ouderenzorg gecorri- geerd (1 t/m 4)	7,5	8,5	8,8	9,1	9,1	9,4

Vraag 129

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

Antwoord 129:

Er zijn geen betrouwbare landelijke cijfers beschikbaar over de medicatie die jaarlijks wordt vernietigd na inlevering.

Vraag 130

ECHA merkt Bisfenol A aan als een substances of very high concern (SVHC). Welke inbreng levert Nederland op deze consultatie, en welke consequenties verbindt u hieraan?

Antwoord 130:

Het voorstel van de ECHA is om Bisfenol A aan te merken als zeer zorgwekkende stof (SVHC) op grond van de effecten die de stof kan hebben op het voortplantingsmechanisme (reprotoxiciteit). Bisfenol A is op grond van de Classification, Labelling and Packaging (*indeling, etikettering en verpakking*) verordening ingedeeld in de categorie Reprotoxisch 1B. Daarmee voldoet de stof aan de criteria om aangemerkt te kunnen worden als SVHC op grond van de REACH-verordening. Nederland is daarom niet voornemens in de nu lopende consultatie inbreng te leveren.

Vraag 131

Hoeveel meldingen ontvangt de IGZ jaarlijks met betrekking tot de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg?

Antwoord 131:

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 IGZ 2015.

Programma/afdeling	2013	2014	2015
Gehandicaptenzorg	810	770	740
Geestelijke gezondheidszorg	980	900	610
Verpleging & verzorging	1.330	1.080	1.060
Specialistische somatische zorg	1.520	1.460	1.570

Vraag 132

Hebben de meldingen die de IGZ binnen krijgt betrekking op veel dezelfde problemen? Zo ja, welke problemen?

Antwoord 132:

Burgers die klachten hebben over de zorg kunnen daarvan melding doen bij het Landelijk Meldpunt Zorg. In 2015 heeft het Landelijk Meldpunt Zorg

5.115 klachten ontvangen. Evenals in 2014 heeft ongeveer de helft van de klachten betrekking op de geestelijke gezondheidszorg, medisch specialis-tische somatische zorg en intramurale ouderenzorg. Klachten gaan met name over professioneel handelen, veiligheid, ongewenst of onethisch gedrag en communicatie. Tevens werden er 1.207 vragen gesteld aan het LMZ. Nadere informatie hierover is te raadplegen in het Klachtbeeld Landelijk Meldpunt Zorg 2015 (via www.landelijkmeldpuntzorg.nl).

Zoals ik heb aangegeven in mijn brief aan uw Kamer over de voortgang en afronding van het verbetertraject van 8 juli 2016 werkt de IGZ aan een vernieuwing van de informatievoorziening. Daar waar het huidige informatiesysteem van de IGZ er niet op is toegerust om alle onderwerpen waarover bij de IGZ gemeld wordt te analyseren, zal zij met het nieuwe systeem beter in staat zijn om op geaggregeerd niveau analyses uit te voeren. Wel is het zo dat de IGZ in haar Jaarbeeld inzichtelijk maakt hoeveel meldingen betrekking hadden op een patiënt of cliënt die is overleden of suïcide heeft gepleegd, of hoeveel meldingen betrekking hadden op (het vermoeden van) seksueel grensoverschrijdend gedrag of seksueel misbruik.

Vraag 133

In hoeveel zorginstellingen, zowel curatief als care, is de hygiëne onder de maat? Is er sprake van een toename of afname van zorginstellingen met ondermaatse hygiëne?

Antwoord 133:

De IGZ heeft de afgelopen jaren zowel in de cure als in de care toezicht gehouden op de infectiepreventie, waaronder hygiëne. De IGZ heeft in de rapporten van de onderzochte instellingen aangegeven wat haar oordeel is. De IGZ heeft geen geaggregeerd beeld van alle instellingen in Nederland.

De IGZ zal de komende jaren aandacht voor dit onderwerp blijven houden bij haar toezicht op de particuliere klinieken, de langdurige zorg en de ziekenhuizen.

Vraag 134

Hoeveel en welke scholen hebben schoolzwemmen in het onderwijs-pakket zitten?

Antwoord 134:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van het Ministerie van OCW. Uw Kamer heeft deze vraag ook aan OCW gesteld (vraag 200). Ik ga ervan uit dat de Staatssecre-taris van OCW uw vraag van beantwoording voorziet.

Vraag 135

Hoeveel en welke gemeenten bieden schoolzwemmen aan in hun verordening?

Antwoord 135:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van OCW. Uw Kamer heeft deze vraag ook aan OCW gesteld (vraag 201). Derhalve ga ik ervan uit dat de Staatssecretaris van OCW uw vraag van beantwoording voorziet.

Vraag 136

Hoeveel kinderen verlaten de basisschool zonder zwemdiploma?

Antwoord 136:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de staatsecretaris van OCW. Uw Kamer heeft deze vraag ook aan OCW gesteld (vraag 202). Derhalve ga ik ervan uit dat de Staatssecretaris van OCW uw vraag van beantwoording voorziet.

Vraag 137

Hoeveel kinderen en volwassenen zijn de afgelopen jaren verdronken omdat zij onvoldoende zwemvaardig waren?

Antwoord 137:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van OCW. Deze vraag kunt u aan de Staatssecretaris van OCW stellen.

Vraag 138

Hoeveel kinderen worden niet bereikt door het Jeugdsportfonds?

Antwoord 138:

Het Jeugdsportfonds bereikt momenteel ongeveer 45.000 kinderen die opgroeien in gezinnen met een laag inkomen. Uit informatie van het Jeugdsportfonds (gebaseerd op onderzoek van onder andere het Mulier Instituut) blijkt dat van de meer dan 379.000 kinderen die opgroeien in gezinnen met een laag inkomen, 150.000 niet aan sport of cultuur doen. Ons land telde in 2015 3,4 miljoen kinderen tot 18 jaar.

Vraag 139

Hoe staat het met de toezegging om op alle terreinen (andere ministeries) in kaart te brengen hoe sport kan bijdragen aan een gezonde, veilige, sociale en participerende samenleving? Wanneer kunnen de uitkomsten of rapportages hiervan worden verwacht?

Antwoord 139:

De inventarisatie zal voor het Wetgevingsoverleg Sport, gepland op 21 november aanstaande, aan de Kamer worden toegestuurd.

Vraag 140

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

Antwoord 140:

Er bestaan verschillende indicatoren om armoede te meten. De meest recente publicatie over armoede komt van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Volgens het SCP leefden er in 2014 379.000 kinderen onder de niet-veel-maar-toereikend grens – 21.000 kinderen minder dan in 2013 (Bron SCP: Armoede in Kaart). Met deze daling is na jaren van stijgende armoede de daling in gang gezet. Het SCP voorspelt een verdere daling van armoede in 2015 en 2016 en verwacht dat met de aangekondigde koopkrachtmaatregelen van 2017 de daling zich ook in 2017 verder zal voortzetten.

Vraag 141

Kan een overzicht worden verschaft van het aantal scholen dat 1 uur, 2 uur of 3 uur gymonderwijs geeft, zowel voor het basis- als voortgezet onderwijs?

Antwoord 141:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van OCW. Deze vraag kunt u aan de Staatssecretaris van OCW stellen.

Vraag 142

Hoeveel onbevoegde leerkrachten geven gymlessen op de basisscholen?

Antwoord 142:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van OCW. Deze vraag kunt u aan de Staatssecretaris van OCW stellen.

Vraag 143

Hoeveel basisscholen maken gebruik van ALO opgeleide leerkrachten voor gymlessen?

Antwoord 143:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van OCW. Deze vraag kunt u aan de Staatssecretaris van OCW stellen.

Vraag 144

Hoeveel basis- en middelbare scholen bieden natte gymlessen aan (zwemonderwijs)?

Antwoord 144:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van OCW. Deze vraag kunt u aan de Staatssecretaris van OCW stellen.

Vraag 145

Hoeveel en welke basis- en middelbare scholen in Nederland laten hun kinderen dagelijks sporten en bewegen?

Antwoord 145:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van OCW. Deze vraag kunt u aan de Staatssecretaris van OCW stellen.

Vraag 146

Kunt u inzicht geven in het aantal uren 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 146:

De Tweede Kamer heeft 29 januari jl. de voortgang van het plan van aanpak bewegingsonderwijs ontvangen (Kamerstuk 30 234, nr. 143). In de bijlage daarvan wordt inzichtelijk gemaakt hoeveel uren bewegingsonderwijs aangeboden wordt in de 37 grootste gemeenten. Er is niet in kaart gebracht hoeveel uur er wordt besteed aan lessen gericht op een gezonde leefstijl. Via het programma Gezonde School worden scholen gestimuleerd om hier mee aan de slag te gaan op een structurele, integrale manier. Er zijn al 611 basisscholen met een vignet Gezonde School waarbij ze aan strenge voorwaarden moeten voldoen. Scholen kunnen kiezen voor een specifiek thema om mee aan de slag te gaan. Per thema dient er aandacht te zijn voor educatie, maar er wordt geen vast aantal uren voorgeschreven.

Vraag 147

Wat zijn de gevolgen voor de begroting van VWS als de medicatiebeoordeling voor ouderen boven de 75 jaar die minimaal 7 geneesmiddelen gebruiken, niet langer ten laste komt van het eigen risico?

Antwoord 147:

De patiënten, die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling, belasten doorgaans hun gehele eigen risico in een jaar. Daardoor is het effect van het niet langer ten laste brengen van het eigen risico van medicatiebeoordeling voor deze groep op de opbrengsten van het eigen risico en daarmee de begroting van VWS hoogstwaarschijnlijk marginaal of nihil.

Vraag 148

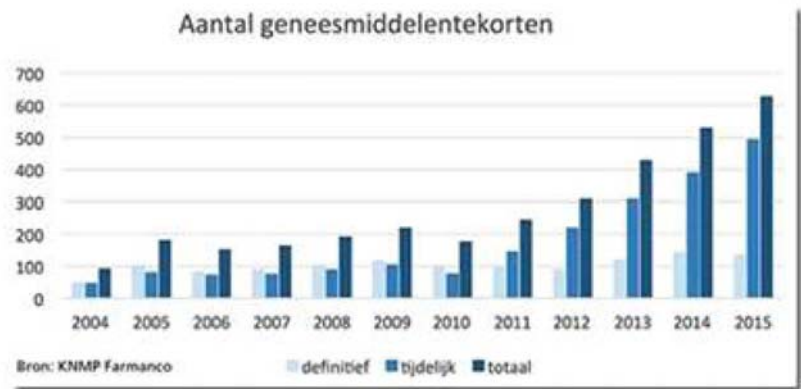
Bij welke medicijnen waren er afgelopen jaar tekorten, en konden niet geleverd worden?

Antwoord 148:

Alle actuele geneesmiddelentekorten die door apothekers bij de KNMP worden aangemeld staan op de website van Farmanco. Deze website van de KNMP is publiek raadpleegbaar: www.farmanco.knmp.nl. In het jaar 2016 zijn tot nu toe 369 definitieve en tijdelijke tekorten gemeld.

De onderstaande grafiek geeft de aantallen geneesmiddelentekorten weer zoals deze zijn geteld door KNMP Farmanco gedurende de jaren 2004 tot en met 2015. In het jaar 2016 zijn tot nu toe 369 definitieve en tijdelijke tekorten gemeld.

Verreweg de meeste tekorten zijn dankzij inspanningen van vooral apothekers relatief eenvoudig op te lossen, bijvoorbeeld door substitutie naar dezelfde werkzame stof van een ander merk.



De bijbehorende getallen (totaal aantal tekorten per jaar) zijn de volgende:

2004	91
2005	179
2006	150
2007	162
2008	190
2009	217
2010	174
2011	242
2012	306
2013	426
2014	531
2015	625

Binnen het totaal van meldingen waren recente impactvolle geneesmiddelentekorten in de achterliggende periode:

- Thyrax (schildklierhormoon);
- Carbamazepine (middel bij epilepsie);
- Tamoxifen (middel bij borstkanker);

- Penicilline natrium en benzylpenicilline (bij infecties van de longen, luchtpijp, keel, middenoor en huid (wondroos) en bij de ziekte van Lyme, syfilis en hersenvliesontsteking);
- Aciclovir oogzalf (bij ontstoken ogen door een infectie met het herpes-simplex-virus);
- Remifentanil (anaesthetica in het ziekenhuis).

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat het aantal geneesmiddelentekorten over de afgelopen 10 jaar is gestegen. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de toenemende globalisering van de geneesmiddelenmarkt zoals ik ook heb beschreven in het antwoord op vraag 582. De werkgroep geneesmiddelentekorten werkt momenteel aan een groot aantal mogelijke maatregelen om geneesmiddelentekorten te voorkomen en in voorkomende gevallen de gevolgen te beperken, zoals ik in mijn brief aan de Tweede Kamer van 23 juni jl. (Kamerstuk 29 477, nr. 389) heb geschreven.

Vraag 149

Hoeveel apothekers zijn er?

Antwoord 149:

Nederland telde op 31 december 2015 1.981 openbare apotheken. Eind 2014 waren 2.929 apothekers in de openbare apotheek werkzaam. (bron website SFK, publicatie: data en feiten 2015/2016 over de jaren 2015 en 2016, website KNMP).

Vraag 150

Hoeveel apotheekhoudende huisartsen zijn er?

Antwoord 150:

Ik verwijs naar mijn brief van 5 juli 2016, (Kamerstuk 33 578, nr 31) met daarin de volgende gegevens:
Nederland telt 608 apotheekhoudende huisartsen (waarvan 428 met een hoofdvergunning en 180 met een associatievergunning).
(bron: CIBG 31 maart 2016)

Vraag 151

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

Antwoord 151:

De begroting bevat een raming voor de intramurale ouderenzorg tot en met 2021 (tabel 17, blz 223). 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 152

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

Antwoord 152:

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 153

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

Antwoord 153:

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 biedt op het niveau van individuele woningen informatie over de aanpasbaarheid van woningen en de kosten daarvan.

Onder invloed van demografische en epidemiologische ontwikkelingen zal de vraag naar personeel komende jaren weer toenemen (AZW Actueel nr. 2, te vinden op www.azwinfo.nl). Dat geldt ook voor de intramurale ouderenzorg. Binnenkort verschijnt onze Arbeidsmarktbrief waarin wordt ingegaan op de vraag naar en aanbod van personeel, voor de zorg in algemene zin en de VVT in het bijzonder.

Vraag 154

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 154:

In principe is het aan zorginstellingen zelf om te investeren in ict-toepassingen. Als de landelijke overheid via subsidie bijdraagt aan ontwikkeling, wordt voldaan aan de staatssteunregels en andere wettelijke kaders.

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 beleidsregel zorginfrastructuur in de langdurige zorg.

Vraag 155

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 155:

Voor zover wij kunnen nagaan heeft Focuscura 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 de afgelopen zes jaar geen subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict- toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth- applicaties ingediend waarbij Focuscura de aanvrager was. In dezelfde periode zijn 3 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 2010, één in 2013 en één in 2014. Deze zijn alle drie afgewezen⁶. Verder is Focuscura in 2009/2010 betrokken geweest bij een aanvraag van de zogenoemde «Call

⁶ bij ZonMW ingediende subsidieaanvragen zijn vertrouwelijk. Focuscura heeft toestemming gegeven deze bekend te maken.

voor Opschaling» van het Zorginnovatieplatform. De aanvraag is gedaan door een consortium waar ook Focuscura onderdeel van was. 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 156

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? Kan een overzicht worden gegeven van de afgelopen 6 jaar?

Antwoord 156:

Voor zover wij kunnen nagaan heeft Philips 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 de afgelopen zes jaar geen subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties ingediend waarbij Philips de aanvrager was. In deze zelfde periode zijn 6 subsidieaanvragen voor ontwikkeling van ict-toepassingen en/of de ontwikkeling van ehealth-applicaties bij ZonMw ingediend waarbij Philips betrokken was. Dit was er één in 2010, 2 in 2011, één in 2012 en 2 in 2016. Hiervan zijn 4 aanvragen toegekend, één aanvraag afgewezen⁷ 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.

Vraag 157

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 157:

Zie het antwoord op vraag 154.

Vraag 158

Hoe is de gemiddelde waardering van de ontvangen jeugdhulp in 2015? Hoe was die waardering in 2013 en 2014?

Antwoord 158:

Veel jeugdhulpaanbieders houden een cliënttevredenheidsonderzoek onder hun cliënten. Daarvan zijn of worden evenwel geen landelijke overzichten verzameld.

Met ingang van 2016 worden in gemeenten cliëntervaringsonderzoeken jeugd uitgevoerd. Een eerste overzicht van de resultaten wordt eind 2016 verwacht.

Vraag 159

De Minister heeft aangegeven dat zij binnenkort een nieuwe evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap laat uitvoeren. Wat is de stand van zaken op dit moment? Is al bekend wie de evaluatie gaat uitvoeren, en op welke manier belanghebbenden betrokken worden? Welke tijdsplanning heeft u daarbij voor ogen?

Antwoord 159:

⁷ Afwijzingen van bij ZonMw ingediende subsidieaanvragen zijn vertrouwelijk. Philips heeft toestemming gegeven deze bekend te maken.

De evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap ben ik van plan om via ZonMw uit te zetten. Op dit moment wordt de opdrachtbrief voor ZonMw voorbereid. Centrale vraag in de evaluatie van de Waz is of er knelpunten in de wetgeving zijn. In de opdrachtverlening zal daarbij in het bijzonder aandacht gevraagd worden voor de registratie en de behoeften van het veld in deze, de samenwerkingsovereenkomsten tussen de klinieken en de ziekenhuizen en de samenloop van de Waz met andere wetten. De wijze waarop belanghebbenden betrokken worden laat ik over aan de onderzoekers. Naar verwachting zal de evaluatie medio 2018 gereed zijn.

Vraag 160

De inkomensafhankelijke zorgpremie is voor 2016 verhoogd met 0,65%. Dit leidde tot een lastenverzwaring voor ouderen van € 275 miljoen. Klopt het dat dit een netto bedrag is na aftrek van de kosten van de verhoging van de AOW als gevolg van de netto-koppeling? Kan worden aangegeven wat de eventuele verhoging van het verlaagde IAB-tarief tot het normale IAB-tarief aan bruto opbrengst zou opleveren en wat de kosten zijn van de verhoging van de AOW als gevolg van de netto koppeling?

Antwoord 160:

De € 275 miljoen betreft louter de verschuiving van de inkomensafhankelijke bijdrage over het pensioeninkomen en houdt geen rekening met effecten van de netto-netto-koppeling op de AOW.

Indien het verschil tussen het normale en het hoge tarief geheel verdwijnt, dan zou het normale tarief 0,25%-punt dalen en het lage tarief 1,0%-punt stijgen. Dit impliceert een lastenverzwaring voor gepensioneerden met € 0,4 miljard en een lastenverzwaring voor zelfstandigen met € 0,2 miljard.

De AOW-lasten zullen hierdoor beperkt dalen. Weliswaar stijgt de bruto AOW en de IAB-afdracht over de AOW vanwege het hogere verlaagde IAB-percentages met € 0,4 miljard. Naast de IAB-afdracht per AOW'er doet de SVB op macro niveau ook een afdracht ter grootte van het verschil van het normale en het verlaagde IAB percentage maal de macro AOW-grondslag. Deze post, die in 2017 circa € 475 miljoen bedraagt, vervalt.

Vraag 161

De hoogte van de IAB wordt vastgesteld bij ministeriele regeling. Dit gebeurt in de Regeling zorgverzekering door art 5.4 te wijzigen, zonder voorhangprocedure. Is de Minister bereid te bevorderen dat de Zorgverzekeringswet zo wordt gewijzigd dat voor de toekomst de Minister alleen de bestaande bandbreedte tussen het verlaagde en het normale tarief kan wijzigen bij wet of bij AMvB?

Antwoord 161:

Deze vraag is ook door de heer Van Leeuwen gesteld bij de behandeling van het belastingplan en bij de behandeling van de VWS begroting 2015 in de Eerste Kamer. Het antwoord is hetzelfde als toen gegeven (EK 34 302, J, paragraaf 4 en Handelingen Eerste Kamer 2015–2016, nr 15, item 12 pagina 7).

Vraag 162

Kan de Minister een overzicht van de laatste jaren geven wat betreft de overhead en de kosten hiervan, uitgesplitst naar ziekenhuizen, ggz, gehandicapten-, ouderen- en thuiszorg?

Antwoord 162:

De overhead binnen de zorg, uitgesplitst voor ziekenhuizen, ggz, gehandicapten-, ouderen- en thuiszorg is door het CBS over de jaren 2008 tot en met 2011 gemeten als percentage van de kosten. In de CBS-statistieken over zorginstellingen wordt de volgende definitie gehanteerd voor overhead: personeel in algemene en administratieve functies; dit betreft personeel die zich niet daadwerkelijk bezig houdt met de gezondheid van de patiënten en/of cliënten, maar met bijvoorbeeld administratie, automatisering, interne opleiding en organisatie.

Dit zijn de laatste metingen op dit onderwerp. Hieronder vindt u dit overzicht.

	<i>Eenheid</i>	2008	2009	2010	2011
Kosten van de zorg					
Ziekenhuizen, specialistenpraktijk	<i>x € 1 miljard</i>	20,3	21,6	22,7	22,7
Ouderenzorg	<i>x € 1 miljard</i>	14,8	15,2	15,7	16,4
Gehandicaptenzorg	<i>x € 1 miljard</i>	7,1	7,8	8,1	8,3
Geestelijke gezondheidszorg	<i>x € 1 miljard</i>	4,9	5,3	5,4	5,7
Aandeel overhead in instellingen					
Totaal ziekenhuizen	%	20	20	20	20
Zvw/AWBZ-gefinancierde ouderen- en thuiszorg	%	10	9	9	8
Zvw/AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg	%	9	9	9	9
Zvw/AWBZ-gefinancierde GGZ	%	17	17	17	17

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek (2011, 2012, 2013 en 2014), *Gezondheid en zorg in cijfers 2011, 2012, 2013 en 2014*, Den Haag: CBS

Daarnaast voert de Staatssecretaris naar aanleiding van de motie-Van Dijk (Kamerstuk 33 750, nr. 27) en het amendement Leyten/Van Dijk (Kamerstuk 33 891, nr. 81) een onderzoek uit naar bestaan en omvang van overhead in de langdurige zorg (Wlz zorg). Het rapport is bijna afgerond en zal na afronding nog dit najaar inclusief beleidsreactie aan uw Kamer worden gezonden.

Vraag 163

Hoeveel zelfstandig medisch specialisten, uitgesplitst per beroep zijn er in 2016 werkzaam in de zorg?

Antwoord 163:

Volgens het meest recente Capaciteitsplan is in 2014 41,8% van de medisch specialisten zelfstandig werkzaam en is 15,0% werkzaam in een combinatie van loondienst en vrije vestiging. Zoals in het Capaciteitsplan wordt toegelicht zijn de cijfers voor 2016 nog niet beschikbaar.

Vraag 164

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 164:

De eigen betalingen (eigen bijdragen Wlz plus eigen risico Zvw) bedragen in 2016 gemiddeld € 370 en in 2017 € 367. Als percentage van het besteedbaar inkomen van een eenpersoonshuishouden met een modaal inkomen is dat in zowel 2016 als 2017 circa 1,5%.

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

Vraag 165

Een jaar in een verpleeghuis zou ongeveer 80.000 euro kosten. Kunt u uiteenzetten hoe dit bedrag is opgebouwd voor zowel de inkomstenkant (welk deel is premieopbrengst wlz, welk deel is eigen betalingen, welk

deel is belastingmiddelen) als de uitgavenkant (welk deel is woonkosten, welk deel is hotelkosten, welk deel is zorgkosten)?

Antwoord 165:

In bijgaande tabel is per zzp in een verpleeghuis een uitsplitsing gemaakt van de maximumtarieven van de NZa. Daarbij zijn de zorgkosten aan de uitgavenkant gesplitst in de component behandeling en de overige zorgkosten (verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding en dagbesteding). Onder de verblijfskosten zijn de kosten van eten, drinken, schoonmaken en overige hotelmatige kosten opgenomen.

ZZP	behandeling	overige zorg	verblijfs- component	normatieve huisvestings- en inventariscomponent	Totaal
VV 4	€ 9.400	€ 29.800	€ 13.000	€ 11.900	€ 64.100
VV 5	€ 9.900	€ 45.800	€ 13.000	€ 12.300	€ 81.000
VV 6	€ 9.800	€ 46.000	€ 13.000	€ 12.600	€ 81.300
VV 7	€ 12.800	€ 56.200	€ 13.000	€ 12.900	€ 94.800
VV 8	€ 12.800	€ 67.700	€ 13.000	€ 13.600	€ 107.100
VV 9b	€ 24.300	€ 44.300	€ 13.000	€ 15.900	€ 97.400
VV 10	€ 12.800	€ 75.300	€ 13.000	€ 13.200	€ 114.300

Gemiddeld bedragen de kosten ongeveer € 80.000 per cliënt op jaarbasis. Dit is een gewogen gemiddelde van alle zzp's in verpleeghuizen waarbij rekening is gehouden met de afgesproken tarieven tussen Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders.

Een deel van de kosten wordt door de cliënten betaald in de vorm van een eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage is niet afhankelijk van de hoogte van het zzp. Gemiddeld bedraagt de eigen bijdrage voor een cliënt in de sector verpleging en verzorging intramuraal bijna € 10.000 per jaar.

De resterende € 70.000 wordt opgebracht via de Wlz-premie en de belastingen.

Vraag 166

Kan de Minister de uitspraak dat ouderen en kwetsbaren de juiste zorg soms de weg naar de juiste zorg niet kunnen vinden kwantificeren?

Antwoord 166:

Het Meldpunt Juiste Loket is ingesteld voor cliënten, die niet weten welk zorgloket voor hun zorg of ondersteuning verantwoordelijk is. In 2015 zijn er bij dit meldpunt bijna 8.500 meldingen gedaan. 77% van de meldingen betreft een eenvoudige melding en 23% betreft casuïstiek van een complexere aard. Een groot deel van de vragen betreft de Wmo (46%). 15% van de vragen gaat over de Wlz. Zichtbaar is dat het aantal eenvoudige meldingen afneemt, maar het aantal complexe casussen een lichte stijging laat zien. Het Meldpunt Juiste Loket zal daarom in ieder geval tot en met 2017 nog in stand blijven.

Vraag 167

Wat heb je nodig? is de vraag waar het om moet draaien in de gezondheidszorg. Welke maatregelen worden getroffen om dit te bewerkstelligen na de recente afbraak van zorg, en het ondergeschikt zijn van wat iemand nodig heeft?

Antwoord 167:

Het kabinet heeft de onstuimige groei van de uitgaven tussen 2000 en 2012 tot staan weten te brengen. Het financieel op orde brengen van onze zorguitgaven is zeker niet pijnloos geweest, maar was wel noodzakelijk

om de zorg ook voor toekomstige generaties betaalbaar te houden. Voor de goede orde wordt opgemerkt dat er ook in de afgelopen kabinetsperiode ieder jaar meer geld is uitgegeven aan de zorg. Negatieve effecten van de crisis op de volksgezondheid zijn uitgebleven; mensen hebben ook in de afgelopen jaren toegang gekregen tot nieuwe innovaties die bijdragen aan kwaliteit van leven en extra gezondheidswinst. De veiligheid van de zorg in de intramurale setting is bijvoorbeeld sterk verbeterd en de kindersterfte loopt weer in de pas met het Europese gemiddelde.

Tegelijkertijd heeft dit kabinet een omslag in gang gezet, waarbij de zorg dichter bij mensen georganiseerd kan worden. Onder andere met de hervormingen in de langdurige zorg, ondersteuning en jeugdhulp. Taken zijn overgegaan naar gemeenten omdat deze dichtbij de inwoners staan en beter weten wat mensen nodig hebben. Ook is geïnvesteerd in de informatiepositie van patiënten en cliënten zodat zij goede keuzes maken bij hun behandeling of ondersteuning.

Ten slotte wordt ruim baan geboden aan innovatie, zodat digitale mogelijkheden beter benut kunnen worden en e-health mensen echt helpt bij het inrichten van hun zorg en bij gezond blijven.

De zorg is aan het eind van deze kabinetsperiode zo ingericht dat een meer persoonsgerichte aanpak mogelijk is: zorg thuis of dichtbij huis als het kan, verder weg als het moet. En afgestemd op ieders persoonlijke situatie, rekening houdend met wat een ieder zelf nog kan of niet kan. We zien al heel goede voorbeelden waar dit lukt. Tegelijkertijd zien we ook dat, hoe je de zorg ook organiseert, ouderen en kwetsbare mensen soms de weg naar de juiste zorg niet kunnen vinden. Dat moeten we in de komende jaren in de praktijk oplossen en daar zullen we ons dan ook nadrukkelijk voor inzetten.

Vraag 168

De Minister wil vol inzetten op preventie. Waarom kiest zij er voor om preventie-inzet door verzekeraars, aanbieders en gemeenten geheel vrijblijvend te houden? Is zij voornemens preventie op termijn stevig in het stelsel te verankeren? Zo nee, waarom niet? Waaruit blijkt dat verzekeraars, aanbieders en gemeenten momenteel voldoende inzetten op preventie om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen? Zo ja, op welke wijze en per wanneer?

Antwoord 168:

In de brief «Preventie in het zorgstelsel, van goede bedoelingen naar het in de praktijk ontwikkelen van resultaten» (Kamerstuk 32 793, nr. 213), is uiteengezet dat niet het stelsel van wet- en regelgeving, maar andere factoren belemmerend zijn voor de preventie-inzet van gemeenten, aanbieders en zorgverzekeraars. Om die factoren aan te pakken, is er stimulering via bestuurlijk overleg, eerste hulp bij preventie via een digitaal loket en een preventieteam en vanaf 2017 financiering van coördinatiekosten bij preventiecoalities. Er is in totaal voor 5 jaar € 14,4 miljoen subsidie beschikbaar waarvan € 1,6 miljoen in 2017. Daarnaast ontvangen 164 gemeenten ook in 2017 een decentralisatie-uitkering om gezondheidsachterstanden lokaal aan te pakken (€ 20 miljoen). Pharos en Platform³¹ ondersteunen hen daarbij (€ 1,5 miljoen).

Vraag 169

Waarom heeft de Minister er nog steeds vertrouwen in dat vermindering van vet, suiker en zout in voedingsmiddelen snel kan worden bereikt door vrijblijvend samen te werken met het bedrijfsleven? Kan zij aangeven wat het Akkoord verbetering productsamenstelling tot nu toe concreet heeft

opgeleverd, en in hoeverre de wetenschappelijke commissie die toeziet op de voorstellen en resultaten van het bedrijfsleven tevreden is?

Antwoord 169:

Ik ervaar veel motivatie bij het bedrijfsleven, zowel op nationaal als Europees niveau, om de productsamenstelling stapsgewijs te verbeteren. Het is echter niet altijd eenvoudig om met een groep concurrerende bedrijven snel afspraken te maken. De succesvolle reductie van transvetzuren in levensmiddelen toont aan dat het bedrijfsleven goed in staat is om significante productverbetering door te voeren. Over de resultaten van het Akkoord heb ik u geïnformeerd via de brieven Kamerstuk 32 793, nr. 162 en Kamerstuk 32 793, nr. 205. Eind dit jaar ontvangt u de voortgangsrapportage over dit jaar.

De Wetenschappelijke Adviescommissie (WAC) is content dat met de afspraken die gemaakt zijn de eerste stappen zijn gezet, maar maakt zich zorgen over het behalen van de ambities van het Akkoord. De adviezen van de WAC zijn te lezen op www.akkoordverbeteringproductsamenstelling.nl. De stuurgroep van het Akkoord heeft de WAC gevraagd om voor brood, kaas en vleeswaren aan te geven waar de grenzen en (technische) belemmeringen liggen voor een verdergaande zoutreductie. Daarnaast is de WAC gevraagd aan te geven welke relevante (sub)productcategorieën nog niet zijn meegenomen in de afspraken over zout-, verzadigd vet- en caloriereductie en waar de witte vlekken zitten.

Vraag 170

Wat is de doelstelling van de Minister met betrekking tot minder vet, suiker en zout in producten die zij samen met het bedrijfsleven wil realiseren?

Antwoord 170:

Dit staat in het Akkoord Verbetering Productsamenstelling dat ik 23 januari 2014 aan uw Kamer heb gestuurd (Kamerstuk 32 793, nr. 130). Elk jaar stel ik met de akkoordpartijen een werkplan vast waarover ik u in de jaarlijkse voortgangsbrief informeer (Kamerstuk 32 793, nr. 162 en Kamerstuk 32 793, nr. 205). De werkplannen zijn tevens terug te lezen op www.akkoordverbeteringproductsamenstelling.nl.

Vraag 171

Kan de Minister de bewering dat steeds meer mensen beseffen dat hun manier van leven invloed heeft op hun gezondheid kwantificeren?

Antwoord 171:

Deze ontwikkeling zie ik terug in een aantal kwantitatieve indicatoren uit de NPP-monitor. Als we 2015 vergelijken met 2014 zien we een sterke stijging van het aantal deelnemers aan Stoptober (van 38.514 naar 70.124), een verdubbeling van jongeren die een hoortest online doen (van 37.727 naar 82.048), meer scholen met een vignet «gezonde school» waar veel aandacht is voor leefstijl en gezondheid (van 214 naar 505) en een stijging van het aantal unieke bezoekers van de website gripopedip.nl (van 38.315 naar 68.407). Ook het groot aantal pledges in het kader van Alles is gezondheid... laat zien dat steeds meer maatschappelijke partijen aandacht hebben voor de relatie tussen leefstijl en gezondheid. Op dit moment zijn er 303 pledges getekend: 127 richten zich op leefstijl in het algemeen, 118 specifiek op bewegen en sport, 84 op voeding, 29 op alcohol en 24 op roken. Via de pledges zijn bijna 1.800 partijen hiermee bezig. Het aantal bezoeken aan de site van het voedingscentrum is 14% gestegen (periode 1 januari t/m 10 oktober 2016 in vergelijking tot dezelfde periode in 2015).

Vraag 172

Wat wordt er bedoeld met het hinderen van gezond leven?

Antwoord 172:

Als mensen gezond willen leven dan moet dat ook mogelijk zijn. Nu is het bij voorbeeld zo dat als mensen gezond willen eten volgens de Schijf van 5, ze toch nog teveel zout binnenkrijgen. Dat zou niet zo moeten zijn. Daarom zet ik mij ook hiervoor in samen met de andere partijen van het akkoord productverbetering.

Vraag 173

Wat verstaat u onder het systematisch zorgen voor veiligheid van (potentiële) slachtoffers? Hoe ziet het groeipad er in 2017 uit?

Antwoord 173:

Om slachtoffers van geweld in huiselijke kring (kinderen, volwassenen, ouderen) beter in beeld te krijgen en te houden is een «radarfunctie» nodig bij Veilig Thuis. In de laatste voortgangsrapportage Geweld in Afhankelijkheidsrelaties (Kamerstuk 28 345, nr. 170) wordt uiteengezet hoe deze radarfunctie tot stand kan komen: door aanscherping van de verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en doorontwikkeling van Veilig Thuis. In deze rapportage wordt ook aangegeven hoe dit in de komende periode verder wordt uitgewerkt.

Vraag 174

Welke bedragen zijn gemoeid met de preventie van schadelijk middelengebruik, onderverdeeld in alcohol, drugs en tabak voor de jaren 2013, 2014 en 2015 en waar wordt dit aan besteed?

Antwoord 174:

Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik betrof in 2013 € 1,7 miljoen, in 2014 € 1,2 miljoen en in 2015 € 1,8 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 aan het Trimbos-instituut. Het Trimbos instituut betaalt uit zijn subsidiegelden onder meer activiteiten op het gebied van:

- 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 informatielijnen op het gebied van alcohol, drugs en tabak
- het Landelijk Steunpunt Preventie.

Vraag 175

Hoeveel moet de GGD en haar verschillende afdelingen bezuinigen, en hoe gaan de GGD'S deze bezuinigingen invullen? Kan zowel een bedrag als een percentage worden aangegeven?

Antwoord 175:

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 aangesloten gemeenten. Op verzoek van uw kamer (AO Preventie 31 maart 2016) vindt in het kader van stelselverantwoordelijkheid op dit moment een onderzoek plaats waarin de takenpakketten en capaciteit van individuele GGD'en in kaart wordt gebracht. De resultaten hiervan zullen in de eerste helft van 2017 beschikbaar zijn.

Vraag 176

Hoeveel jongeren zijn in het afgelopen jaar opgenomen op een alcoholpoli?

Antwoord 176:

In april 2016 zond ik u het factsheet «Factsheet alcoholopnames en alcoholintoxicaties bij minderjarigen van 2007 tot en met 2015» van het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde (NSCK) toe. Daaruit bleek dat in 2015 691 jongeren met een alcoholintoxicatie zijn opgenomen in het ziekenhuis.

Vraag 177

Wat is de gemiddelde leeftijd van jongeren die behandeld worden voor comazuipen?

Antwoord 177:

April 2016 zond ik u het factsheet «Factsheet alcoholopnames en alcoholintoxicaties bij minderjarigen van 2007 tot en met 2015» van het Nederlands Signalerings Centrum Kindergeneeskunde (NSCK) toe. Daaruit bleek dat de gemiddelde leeftijd op het moment van opname van de jongeren is toegenomen. Deze lag in 2015 op 15,4 jaar, in 2007 was dat 14,9 jaar. Vergeleken met de start van de registratie in 2007 is ook een verschil in leeftijdsopbouw van de jongeren waarneembaar. In 2007 was 39% van de in het ziekenhuis opgenomen jongeren onder de 15 jaar. In 2014 was dat 23%, in 2015 22%.

Vraag 178

Wat zijn de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche?

Antwoord 178:

Ik beschik niet over de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche.

Vraag 179

Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen 10 jaar is begonnen met roken?

Antwoord 179:

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 groot. Jongeren in het vmbo zijn veel vaker een roker dan jongeren in het vwo. Jongens en meisjes verschillen niet significant in de prevalentiecijfers. Het Peilstationsonderzoek is op 5 juli jl. aan uw Kamer aangeboden (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 165).

Vraag 180

Wat is de ontwikkeling van het aantal kinderen en jongeren dat de afgelopen 10 jaar is begonnen met roken van e-sigaretten?

Antwoord 180:

Het gebruik van de e-sigaret onder jongeren wordt pas sinds 2013 onderzocht (HBSC 2013, Peilstationsonderzoek 2015). In 2013 had 22,1% van de 12–16 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.

Vraag 181

Hoeveel JOGG-gemeenten zijn er momenteel?

Antwoord 181:

Er zijn momenteel 109 JOGG-gemeenten.

Vraag 182

Hoeveel procent van het aantal scholen heeft een gezonde schoolkantine?

Antwoord 182:

Van alle scholen die in beeld zijn bij het Voedingscentrum, voldoet eind 2015, op basis van de gegevens van de Gezonde Schoolkantine brigade van het Voedingscentrum, 37% van de vo scholen en 38% van de mbo scholen aan het criterium van een gezonde schoolkantine. Overigens heeft het Voedingscentrum alle scholen benaderd en de kans gegeven met ondersteuning te werken aan een Gezonde Schoolkantine. Voor meer informatie verwijs ik u naar mijn brief van 9 mei 2016 (Kamerstuk 31 899, nr. 27)

Vraag 183

Hoeveel procent van het aantal scholen heeft een rookvrij schoolplein?

Antwoord 183:

In 2015 heeft 79% van het primair onderwijs (po), 53% van het voortgezet onderwijs (vo) en 6% van het middelbaar beroeps onderwijs (mbo) een rookvrij schoolterrein (Monitor Rookvrije Schoolterreinen, Mulier Instituut 2015). Voorts heeft 17% van de scholen in het po, 46% van de scholen in het vo en 77% van de scholen in het mbo een gedeeltelijk rookvrij schoolterrein. De volgende monitor wordt in november 2016 verwacht. Vanaf 1 januari 2020 moeten alle schoolterreinen verplicht rookvrij zijn.

Vraag 184

Welke vaccinaties voor ouderen worden in 2017 vergoed?

Antwoord 184:

Net als in voorgaande jaren wordt in 2017 voor mensen vanaf 60 jaar en voor risicogroepen de griepvaccinatie vergoed.

Op 30 september jl. heb ik uw Kamer mijn beleidsreactie op het advies van de Gezondheidsraad en het Zorginstituut over vaccinatie tegen gordelroos bij ouderen gestuurd.

In het tweede kwartaal van 2017 verwacht ik het advies van de Gezondheidsraad en het Zorginstituut over pneumokokkenvaccinatie bij ouderen. Op basis van dit advies besluit ik over de mogelijke vergoeding van deze vaccinatie.

Er zijn geen andere adviesaanvragen met betrekking tot vaccinaties bij ouderen in behandeling.

Vraag 185

Wanneer verschijnt de advisering van het Zorginstituut en de Gezondheidsraad over eventuele opname van de NIPT in het basispakket?

Antwoord 185:

De Gezondheidsraad zal eind 2016 advies uitbrengen over de totale keten van prenatale screening. De advisering van het Zorginstituut over eventuele opname van de NIPT als eerste test bij prenatale screening voor de syndromen van Down, Patau en Edwards in het basispakket zal voortbouwen op dit advies. Dit omdat de Gezondheidsraad mogelijk veranderingen zal adviseren over de positionering van de prenatale screening en de verschillende onderdelen hierin (waaronder de NIPT). Het verschijnen van het advies van de Gezondheidsraad vormt voor het Zorginstituut dan ook het startpunt van het adviestraject. Op basis van het ZiN-advies kan besloten worden over het al dan niet opnemen van de NIPT als eerste test in het basispakket. Opname in het basispakket zal op zijn vroegst mogelijk zijn per 2018.

Vraag 186

Wat is de verklaring voor de jaarlijkse afname sinds 2007 van de deelname aan het Nationaal Programma Grieppreventie?

Antwoord 186:

De griepvaccinatiegraad van risicogroepen in Nederland is één van de hoogste wereldwijd en op het Verenigd Koninkrijk na de hoogste in Europa. Wel is er sinds 2008 sprake van een daling van de vaccinatiegraad. De oorzaak van deze daling is niet onderzocht. De afgelopen jaren is regelmatig discussie geweest over de effectiviteit van de grieprik. 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 grieprik.

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 grieprik afsloegen, doen ze dat het jaar erop vaak weer. In het meest recente advies van de Gezondheidsraad over griepvaccinatie is uitgebreid gekeken naar de effectiviteit van de grieprik. Verschillende factoren, zoals fluctuaties in de virulentie (ziekteverwekkend vermogen) van het griepvirus door de jaren heen maken het lastig om een eenduidige uitspraak te doen over de effectiviteit van de griepvaccinatie. De behaalde gezondheidswinst van het programma is echter ruimschoots naar verwachting. Bij de inschatting van de gezondheidswinst is het ook van belang om te kijken naar het bereik van het vaccinatieprogramma bij de verschillende risicogroepen. Zo is de vaccinatiegraad hoger bij groepen die meerdere indicaties hebben (bijvoorbeeld 60-plusser's die ook chronische aandoeningen hebben). Het Nationaal Programma Grieppreventie is een vrijwillig programma waarbij iedereen die door een huisarts wordt uitgenodigd zelf de afweging kan maken of men gebruik van het aanbod maakt of niet.

Vraag 187

Wat is de verklaring voor de jaarlijkse afname sinds 2007 van de deelname aan het Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?

Antwoord 187:

Het vijfjaarsbereik van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is sinds 2008 met twee procent afgenomen, namelijk van 69,9% in 2008 naar 67,7% in 2014 (Erasmus MC: LEBA rapportage tot en met 2014). De deelname per leeftijdsgroep van de uitgenodigde vrouwen fluctueert door de jaren heen. Bij bijna alle leeftijdsgroepen is de deelname gemiddeld iets teruggelopen. De reden voor deze afname is niet bekend.

In 2017 start het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker waarbij de drempels voor deelname verlaagd worden door de inzet van de zelfafnameset. Hiermee kunnen vrouwen die moeite hebben met het

maken van een uitstrijkje bij de huisarts thuis zelf materiaal afnemen. Uit (inter)nationale studies blijkt dat dit resulteert in extra deelname.

Vraag 188

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 188:

Het RIVM meet de sociaal-economische gezondheidsverschillen op basis van het opleidingsniveau. De levensverwachting in goed ervaren gezondheid en de levensverwachting an sich is de afgelopen jaren stabiel gebleven. Er is dus geen sprake geweest van opvallende toe- of afname met betrekking tot sociaal-economische gezondheidsverschillen.

De meest recente cijfers komen uit 2015. Hieruit blijkt dat mannen met een HBO of universitaire opleiding gemiddeld 6 jaar ouder worden, dan mannen die alleen basisonderwijs hebben genoten. Voor vrouwen was dit verschil in 2015 6,7 jaar. Het verschil tussen basis- en HBO/universitair opgeleiden, met betrekking tot de levensverwachting in goed ervaren gezondheid, was in 2015 bij zowel mannen als vrouwen 19 jaar.

Het CBS verzamelt gegevens naar inkomensklasse voor wat betreft de levensverwachting in goed ervaren gezondheid. In de periode 2011–2014 was het verschil tussen de laagste en hoogste inkomensklasse 17,5 jaar bij mannen, en 18,8 jaar bij vrouwen.

Vraag 189

Wat zijn de doelstellingen voor 2017 om tot minder vet, suiker en zout in producten te komen?

Antwoord 189:

Over het werkplan 2017 informeer ik u in de voortgangsbrief die ik u eind dit jaar toestuur. Mijn intentie is dit voor het op 14 december geplande AO preventie te doen.

Vraag 190

Wat verstaat u onder het verbeteren van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling? Welk tijdspad wordt daarmee voor ogen gehouden?

Antwoord 190:

Ik verwijs u voor het antwoord naar de voortgangsrapportage geweld in afhankelijkheidsrelaties en de bijlage met het advies over de aanscherping van de meldcode en werkwijze Veilig Thuis. De voortgangsrapportage is op 4 oktober aan de Tweede Kamer aangeboden (28 345, nr 170).

Vraag 191

Wat wordt concreet verstaan onder het voornemen dat gemeenten in 2017 26 goed functionerende Veilig Thuis-organisaties hebben waar professionals en burgers goed kunnen worden geholpen? Wanneer in 2017 is dat gerealiseerd?

Antwoord 191:

In de voortgangsrapportage geweld in afhankelijkheidsrelaties van 4 oktober 2016 (Kamerstuk 28 345, nr. 170) wordt gemeld dat 24 van de 26 Veilig Thuis-organisaties de basis op orde hebben of dit binnen afzienbare tijd (voor 1 januari 2017) hebben gerealiseerd. Dit houdt in dat ze voldoende tot goede dienstverlening bieden, door de gemeenten in hun regio voorzien zijn van de juiste randvoorwaarden en in staat zijn om vorm te geven aan de benodigde transformatie. Twee organisaties zijn

door de inspecties onder verscherpt toezicht geplaatst. Dit verscherpt toezicht loopt nog de komende periode.

Vraag 192

Op welke wijze wordt de samenwerking tussen zorg, onderwijs en gemeenten versterkt? Hoe wordt dit proces via outcome-gericht werken gestimuleerd?

Antwoord 192:

Vanuit de werkagenda verbinding passend onderwijs en jeugdhulp van PO-raad, VO-raad, VNG, VWS en OCW wordt ingezet op het bevorderen van de samenwerking tussen gemeenten en onderwijs. Vanuit de werkagenda wordt ondersteuning op maat geboden aan samenwerkingsverbanden en gemeenten. Verder worden goede voorbeelden verspreid. In het najaar wordt bijvoorbeeld de inspiratie-estafette georganiseerd, waarbij elke laatste vrijdag van de maand een aantal goede voorbeelden «open huis» houden.

Om de verbinding tussen zorg en onderwijs te ondersteunen heeft het Nederlands Jeugdinstituut de monitor Aansluiting Onderwijs Jeugdhulp ontwikkeld. Deze monitor geeft gemeenten, samenwerkingsverbanden passend onderwijs, jeugdhulpinstellingen en scholen inzicht in de effectiviteit van de samenwerking. Hiermee voedt de monitor het op overeenstemming gericht overleg (OOGO).

In de gedecentraliseerde jeugdinstellingen wordt gewerkt aan het consequent toepassen van drie uitvoeringsvarianten, om de administratieve lasten te beperken. De varianten zijn: inspanningsgericht (prijs per product), outcome gericht (traject financiering) en taakgericht (populatiebepaling met prestatieafspraken). Integraal werken wordt het meest gefaciliteerd via taakgericht financieren. Het is echter aan gemeenten om hierin een keuze te maken.

Vraag 193

Wat is het doel van de wijkprofielen ontwikkeld door het RIVM?

Antwoord 193:

Doel van het project is om professionals, inwoners, zorgverzekeraars, bestuurders en beleidsmakers bij gemeenten inzicht te geven in de gezondheidssituatie in de wijk en hen te helpen om gezamenlijk te komen tot een integrale aanpak van preventie die past bij de problemen die spelen in die wijk.

Vraag 194

Met welke middelen gaat u het gezondheidsbeleid op wijkniveau ondersteunen?

Antwoord 194:

Ik ondersteun diverse trajecten die bij kunnen dragen aan een gemeentelijke aanpak van preventie op wijkniveau zoals Alles is gezondheid, Gezond in..., de «Handreiking Gezonde gemeente en Wijk», het ontwikkelen van ideaaltypische wijkprofielen met bijpassende interventies in het project «Integrale aanpak preventie in de wijk» en Buurtsportcoaches. Ook via programma's van ZonMw zoals het 5^{de} Programma Preventie draag ik hieraan bij.

Vraag 195

Op welke manier gaat u realiseren dat iedere patiënt tijdig en gedegen voorzien wordt van begrijpelijke informatie?

Antwoord 195:

In mijn brief Resultaten van het Jaar van de transparantie (Kamerstuk 32 620, nr. 168) schreef ik u over de resultaten van het jaar van de transparantie en mijn ambitie voor 2016.

In 2017 ga in inzetten op informatie die antwoord geeft op de vragen van de patiënt over hoe zijn of haar leven eruit ziet na de behandeling. Kan ik weer een gewoon leven leiden? Heeft het invloed op mijn werk, op mijn relatie? Ik vind dit belangrijk en ik zie dat partijen er ook werk van maken. Zo worden uitkomstindicatoren ontwikkeld die dat inzicht kunnen bieden aan patiënten. Partijen onderkennen dat psychosociale zorg een onlosmakelijk onderdeel is van de behandeling van een ernstige somatische aandoening en werken aan het beter inbedden van psychosociale zorg in de bekostiging van de medisch specialistische zorg.

Vraag 196

Wat zijn de gevolgen voor lidstaten die eind 2017 nog geen nationaal plan hebben opgesteld om voedingsproducten te verbeteren?

Antwoord 196:

Hier zijn geen juridische gevolgen aan verbonden aangezien Raadsconclusies niet bindend zijn. Het zijn echter unanieme conclusies van de gehele Raad van Ministers van volksgezondheid. Ik reken er dan ook op dat mijn collega's hier invulling aangeven en blijf hier zelf aandacht voor vragen.

Vraag 197

Wanneer zal de Kamer worden geïnformeerd over het Jaarplan 2017 van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling?

Antwoord 197:

Zie het antwoord op vraag 189.

Vraag 198

Kan de Minister een overzicht geven van maatregelen die kunnen worden getroffen als blijkt dat de ambities die worden gesteld in het Akkoord Verbetering Productsamenstelling niet worden gehaald?

Antwoord 198:

Ik vind dat we met het Akkoord Productverbetering een belangrijke samenwerking hebben van partijen die betrokken zijn bij een gezonder productaanbod. Dit in combinatie met adviezen van een wetenschappelijke commissie. Ik heb er dan ook vertrouwen in dat het resultaat oplevert. Vanuit andere lidstaten is ook zeer positief gereageerd op deze aanpak, zowel op inhoud als organisatie.

Ik heb eerder aangegeven (Kamerstuk 32 793, nr. 137) dat wanneer onvoldoende resultaat wordt behaald, wetgeving een alternatief zou zijn. Wetgeving is alleen mogelijk op Europees niveau. Op dit moment is hiervoor onvoldoende draagvlak onder de lidstaten. Tijdens het Nederlandse voorzitterschap van de EU heb ik verbetering van voedingsproducten stevig op de agenda gezet met onder andere Raadsconclusies (ST 10277 2016) hierover als resultaat. Daarnaast is een reductie van 10% aan toegevoegd suiker afgesproken voor 2020 en zullen doelstellingen voor zout en verzadigd vet worden herzien. Ook werkt de Europese Commissie aan een impact assessment waarin wettelijke normering van transvetzuren wordt onderzocht. Ik zie dit als goede eerste stap.

Vraag 199

Is de Minister bereid de suikertaks te onderzoeken als één van de maatregelen die getroffen zou kunnen worden?

Antwoord 199:

De belasting op frisdrank is per 2016 met € 60 miljoen verhoogd. Ten opzichte van 2015 is dat een verhoging van circa 29%. Ik heb geen voornemens een suikertaks te onderzoeken.

Vraag 200

Hoe gaat dat nationaal plan eruit zien om voedingsproducten te verbeteren? Hoe verhoudt zich dat tot het huidige zout-, suiker- en vetconvenant?

Antwoord 200:

In Nederland is het Akkoord Verbetering Productsamenstelling de invulling van het nationale plan ter verbetering van voedingsproducten zoals benoemd in de Raadsconclusies (ST 10277 2016). Uiteraard kijk ik hoe we de Europese activiteiten kunnen benutten bij de uitvoering van het Akkoord. Ook nieuwe ideeën kunnen op tafel komen.

Vraag 201

Als mensen toch zorg nodig hebben weten zij zelf het beste wat wel en niet bij hun situatie past. Zij kunnen nu meebeslissen over hun zorg, thuis, in het ziekenhuis of in het verpleeghuis. Als mensen zelf mogen beslissen, waarom behoort het verzorgingshuis niet meer tot een keuze?

Antwoord 201:

Sinds de jaren '80 is de vraag naar zorg in het klassieke verzorgingshuis sterk afgenomen. Het kabinetsbeleid sluit op deze ontwikkeling aan. Indien iemand in aanmerking komt voor zorg uit hoofde van de Wet langdurige zorg kan men kiezen uit verschillende leveringsvormen, waaronder geclusterd georganiseerde zorg. Veel verzorgingshuizen zijn omgebouwd tot woonzorgcentra waarin men een eigen appartement huurt en zorg «aan huis» krijgt indien nodig.

Vraag 202

Om zo vrij en onafhankelijk als mogelijk te kunnen blijven functioneren, moet zorg dichtbij huis, of liefst thuis, geleverd kunnen worden, zodat de gang naar het ziekenhuis of verpleeghuis alleen gemaakt hoeft te worden als er geen alternatief is. Als zorg het liefst thuis geleverd moet worden, waarom is er dan zoveel bezuinigd op de thuiszorg?

Antwoord 202:

Belangrijke pijlers van de hervormingen van de langdurige zorg zijn het dichter bij de mensen organiseren van de zorg en het betaalbaar houden daarvan.

In de wijkverpleging heb ik met partijen in het onderhandelaarsresultaat verpleging en verzorging een inspanningsverplichting afgesproken om de besparing die met de overheveling gepaard gaat te realiseren. Hierbij gaat het om een andere manier van werken waarbij meer inzet is op zelfredzaamheid en minder focus op productie. Inmiddels groeit het budget voor wijkverpleging overigens weer, onder andere door de oplopende reeks van de impuls uit het regeerakkoord, waarmee de toenemende zorgvraag thuis kan worden opgevangen.

Gemeenten kijken naar wat een cliënt zelf kan met behulp van zijn sociale netwerk en de inzet van algemene voorzieningen. De beoogde besparing uit het regeerakkoord bij de huishoudelijk hulp is drastisch gereduceerd en kan worden gerealiseerd door nieuwe integrale arrangementen, waarbij maatschappelijke ondersteuning niet per se vorm krijgt door individuele formele ondersteuning, maar meer beroep wordt gedaan op collectieve voorzieningen en informele zorg. Gemeenten bieden de burger daarbij een integrale oplossing die aansluit bij zijn persoonlijke situatie.

Overigens bevatten de Zvw en Wmo waarborgen dat mensen die ondersteuning en zorg nodig hebben dit ook krijgen; een tekort aan middelen mag geen reden zijn om ondersteuning te weigeren.

Vraag 203

Kan de Minister een overzicht geven van maatregelen die kunnen worden getroffen als blijkt dat de ambities die worden gesteld in het Akkoord Verbetering Productsamenstelling niet worden gehaald?

Antwoord 203:

Zie het antwoord op vraag 198.

Vraag 204

Wat zijn de gevolgen voor lidstaten die eind 2017 nog geen nationaal plan hebben opgesteld om voedingsproducten te verbeteren?

Antwoord 204:

Zie het antwoord op vraag 196.

Vraag 205

Kan de Minister een overzicht geven van maatregelen die kunnen worden getroffen als blijkt dat de ambities die worden gesteld in het Akkoord Verbetering Productsamenstelling niet worden gehaald?

Antwoord 205:

Zie het antwoord op vraag 198.

Vraag 206

Is de Minister bereid de suikertaks te onderzoeken als één van de maatregelen die getroffen zou kunnen worden?

Antwoord 206:

Zie het antwoord op vraag 199.

Vraag 207

Welke preventieve activiteiten kan de wijkverpleegkundige uitvoeren als ze een verhoogd risico op ziekte constateert? Op welke wijze biedt de bekostiging daar ruimte voor? Kan de regering aangeven of zij tevreden is over de manier waarop wijkverpleegkundigen op dit moment ruimte, tijd en aandacht hebben voor het voorkómen van ziekten?

Antwoord 207:

De wijkverpleegkundige levert de dagelijkse zorg aan de cliënt en daarbij kan het zo zijn dat zij ziet dat er een verhoogd risico op ziekte bestaat. Zij kan in zo'n geval leefstijladvies geven of informatie over medicatie-inname, het omgaan met hulpmiddelen of de veiligheid in huis. In zo'n geval is het mogelijk om binnen de huidige bekostiging uren zorg te declareren die aan de patiënt worden geleverd. Daarnaast is het, zoals ik in de brief van 8 juni 2016 (Kamerstuk 34 104, nr. 128) heb aangegeven, in 2017 mogelijk om via de prestatie beloning op maat met aanbieders een beloningsafpraak te maken over wijkgerichte zorg zoals de coördinatie, samenwerking met de gemeente en de preventieve taken. Ik acht het van groot belang dat de wijkverpleegkundige voldoende ruimte heeft om de gezondheidssituatie van de patiënt in beeld te brengen en daar naar te handelen.

Vraag 208

Kunt u aangeven hoe de decentralisaties, die zoals u stelt pas geslaagd zijn als mensen daadwerkelijk ervaren dat ze goed worden geholpen, op

dit moment wordt ervaren? Wanneer is de Minister tevreden over de decentralisaties?

Antwoord 208:

Het gaat er inderdaad om dat mensen zelf ervaren dat zij passende zorg en ondersteuning krijgen, die bijdraagt aan hun zelfredzaamheid en participatie en die op maat verstrekt wordt. Om de ervaringen van cliënten in beeld te krijgen moeten gemeenten op grond van artikel 2.10 van de Jeugdwet en artikel 2.5.1 van de Wmo 2015 jaarlijks een cliëntervaringsonderzoek uitvoeren. De door cliënten ervaren kwaliteit van de zorg en ondersteuning staat hierbij centraal, inclusief het door hen ervaren effect van de voorzieningen op het gezond en veilig opgroeien, het groeien naar zelfstandigheid, het verbeteren van hun zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie. Deze gegevens worden gepubliceerd op www.waarstaatjegemeente.nl

Vraag 209

Kunt u de bewering dat het regelen van de nieuwe zorgtaken in veel gemeenten goed gaat met cijfers onderbouwen?

Antwoord 209:

Cliëntervaringen staan centraal in het bepalen of het «goed» gaat met het regelen van de nieuwe taken bij gemeenten. Het gaat hierbij om het versterken van de positie van de cliënt, maatwerk in levensbrede ondersteuning en het realiseren van een inclusieve samenleving. Ervaringen zijn niet altijd in cijfers uit te drukken. Ik hecht daarom veel waarde aan de gesprekken die ik met gemeenten en cliënt(organisaties) voer om gezamenlijk te werken aan transformatie op lokaal niveau. Gemeenten en cliënt(organisaties) constateren in dit kader dat de uitvoering van de Wmo 2015 steeds dichterbij de bedoelingen van de wet komt.

Daarnaast wordt op www.waarstaatjegemeente.nl per gemeente inzichtelijk gemaakt wat de ervaringen zijn van cliënten met het gesprek, de kwaliteit van de ondersteuning en de mate waarin de ondersteuning bijdraagt aan zelfredzaamheid en participatie. Verder wordt in de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg, waar de evaluatie van de Wmo 2015 onderdeel van is, onderzocht of de doelen van de hervorming behaald worden. Eén van deze doelen is betere kwaliteit van ondersteuning en zorg. Deze evaluatie loopt in de periode 2015–2017. In deze evaluatie is nadrukkelijk aandacht voor de gemeentelijke uitvoeringspraktijk. Ook de Jeugdwet wordt in deze periode geëvalueerd.

Vraag 210

Wat zijn de financiële consequenties van het eventueel plaatsen van de wijkverpleging onder het eigen risico?

Antwoord 210:

Naar schatting maakt nagenoeg iedereen die gebruik maakt van wijkverpleging het eigen risico reeds vol. Hierdoor zijn er nagenoeg geen financiële consequenties van deze maatregel. Doordat het eigen risico reeds wordt volgemaakt, treedt er ook geen remgeldeffect op.

Vraag 211

Op welke wijze wordt de klanttevredenheid van mensen gemeten en daarmee inzichtelijk gemaakt hoe de werking van de decentralisaties wordt ervaren? Wat wordt hierbij genomen als ijkpunt?

Antwoord 211:

De cliëntervaringen worden jaarlijks gemeten door gemeenten middels het in de Wmo 2015 en de Jeugdwet verplichte cliëntervaringsonderzoek. Er wordt gewerkt met een verplichte vragenlijst. Daarnaast krijgen gemeenten de ruimte om aanvullend onderzoek naar cliëntervaringen zelf vorm te geven. De resultaten van het verplichte deel van het lokale onderzoek worden jaarlijks in een landelijke rapportage vervat (www.waarstaatjegemeente.nl). De vragen betreffen de uitvoering vanaf 2015, ijkpunt is derhalve 1 januari 2015.

Vraag 212

Welke concrete activiteiten worden ondernomen om de wijkverpleegkundige zo veel mogelijk tijd te laten besteden aan mensen in plaats van papierwerk? Zijn alle betrokken partijen bereid om de administratieve last af te laten nemen en hier concrete afspraken over te maken?

Antwoord 212:

In navolging van «Het roer moet om» bij de huisartsenzorg werken ook in de wijkverpleging alle partijen samen om de administratieve lasten te verminderen. Inmiddels is een aantal concrete zaken opgepakt. Zo is afgesproken dat de wijkverpleegkundige alleen risicosignalering registreert als ook daadwerkelijk een risico bestaat, en risicosignalering dus niet meer standaard geregistreerd hoeft te worden. Verder zijn de deadlines van het inkoopproces inzichtelijk gemaakt door zorgverzoekers zodat aanbieders weten waar ze aan toe zijn.

Tot slot is in de contractering 2017 bij de inkoop de norm dat sprake is van een geïntegreerd tarief, zoals ik in de brief van 8 juni 2016 (Kamerstuk 34 104, nr. 128) heb aangegeven. Op die manier hoeft de wijkverpleegkundige geen onderscheid meer te maken tussen verpleging en verzorging. Dit scheelt veel administratie voor de wijkverpleegkundige. Partijen kijken nu gezamenlijk op welke onderwerpen nog meer maatregelen genomen kunnen worden om de administratieve lasten te verminderen.

Vraag 213

Hoeveel mensen hebben geen netwerk om zich heen die kunnen helpen bij ziekte of zorg?

Antwoord 213:

Uit het SCP-rapport *Zorg en Ondersteuning in Nederland: Kerncijfers 2014* (2016) blijkt 9% van de Nederlanders verwacht niemand te hebben om op terug te kunnen vallen als zij voor een langere periode hulp nodig hebben. Het is om deze reden dat ik gemeenten beleidsruimte geef, om te bevorderen dat zij in gesprek kunnen gaan met de cliënt om samen te kijken wat redelijkerwijs mogelijk en nodig is. Hierbij geldt dat er geen sprake kan zijn van situaties waarbij een zorgbehoevende verplicht is aangewezen op zijn of haar netwerk voor het verkrijgen van de zorg en ondersteuning zoals bedoeld onder de Wmo. Omgekeerd geldt immers eveneens dat het netwerk van de zorgbehoevende (familie, vrienden, vrijwilligers) niet verplicht kan worden om deze zorg- en ondersteuningstaken te verrichten. In het kader van het onderzoek moet worden gezien wat redelijkerwijs mogelijk en nodig is.

Vraag 214

Hoeveel volwassenen en ouderen zijn eenzaam?

Antwoord 214:

30% van de Nederlanders voelt zich matig eenzaam, 8% voelt zich ernstig eenzaam. Eenzaamheid komt ongeveer evenveel voor onder mannen als onder vrouwen. Onder mannen komt sociale eenzaamheid iets meer voor

(behoefte aan meer contact); onder vrouwen emotionele eenzaamheid (behoefte aan betekenisvol contact). Van mensen tussen 75 en 84 jaar voelt bijna 50% zich eenzaam (waarvan 10% ernstig eenzaam), en onder 85-plussers gaat het om bijna 60% (waarvan 14% ernstig eenzaam).

Vraag 215

Hoeveel wordt er besteed aan het bestrijden van eenzaamheid? Hoeveel geld trekt de regering uit voor de aanpak van eenzaamheid?

Antwoord 215:

Eenzaamheid kan niet worden bestreden door daar direct middelen aan toe te kennen. Dat zou een miskennis van de eenzaamheidsproblematiek betekenen. Daarom ben ik verheugd dat steeds meer gemeenten – op verschillende wijzen, passend bij de lokale situatie die verschilt van buurt tot buurt – inzetten op de bestrijding van eenzaamheid. Graag verwijs ik voor een nadere toelichting naar het antwoord op vraag 220.

Voor het voorkomen en terugdringen van eenzaamheid ontvangt Coalitie Erbij jaarlijks € 150.000 projectsubsidie. In het kader van actieplan «intensiveren en verankeren aanpak eenzaamheid» ontvangt de coalitie voor de periode van 1 september 2014 – 31 december 2016 € 800.000 extra subsidie. VNG ontving in het kader van het actieplan in 2014 en 2015 in totaal € 185.000 subsidie.

Mijn inzet op het voorkomen en terugdringen van eenzaamheid zet ik voort in 2017 en 2018 met een subsidie van in totaal € 500.000. Coalitie Erbij kan zich daarmee blijven inzetten met een sterke focus op de lokale aanpak.

Daarnaast ontvangt vereniging de Zonnebloem een instellingssubsidie van ca. € 200.000. Ook via mijn instellingssubsidie aan Movisie, het Nederlandse Rode Kruis en Stichting Korrelatie is er aandacht voor eenzaamheid. Daarnaast is er vanuit de projectsubsidie voor Wmo-werkplaatsen (per 2016 werkplaatsen sociaal domein) aandacht voor sociale netwerken en eenzaamheid.

Vraag 216

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

Antwoord 216:

Cijfers van kosten verbonden aan gezondheidsproblemen als gevolg van eenzaamheid zijn niet beschikbaar.

Vraag 217

40% van de volwassen bevolking voelt zich eenzaam. Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd. Van de groep tussen 75 en 84 voelt bijna 50% zich eenzaam; van de groep 85 plus zelfs bijna 60%. Erkent de regering dat dit het gevolg is van het sluiten van de verzorgingshuizen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 217:

Nee. Dat eenzaamheid vaker bij ouderen voorkomt, komt vooral door het verlies van de partner, het kleiner worden van hun netwerk en het verlies van contacten in de buurt. Formele zorg is geen oplossing voor eenzaamheid. We willen geen samenleving waarbij het bezoek van de thuiszorgmedewerkster het sociale hoogtepunt is. Ook opname in een instelling is geen oplossing voor mensen die thuis vereenzamen. Belangrijker is een samenleving waarin we meer naar elkaar omkijken.

Daarbij ware op te merken op dat eenzaamheid helaas ook veelvuldig voorkomt in verpleeghuizen.

Vraag 218

Erkent de regering dat dit het gevolg is van de bezuinigingen op de thuiszorg? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 218:

Nee. Dat eenzaamheid vaker bij ouderen voorkomt, komt vooral door het verlies van de partner, het kleiner worden van hun netwerk en het verlies van contacten in de buurt. Formele zorg is geen oplossing voor eenzaamheid. We willen geen samenleving waarbij het bezoek van de thuiszorgmedewerkster het sociale hoogtepunt is. Belangrijker is een samenleving waarin we meer naar elkaar omkijken.

Vraag 219

Erkent de regering dat dit het gevolg is van de bezuinigingen op de dagbesteding? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 219:

Nee. Dagbesteding kan, wanneer het aansluit bij de wensen van betrokkene, een bijdrage leveren aan zingeving en sociaal contact. De Wmo 2015 bevat waarborgen dat mensen die zijn aangewezen op maatschappelijke ondersteuning een passend aanbod krijgen van de gemeente. Mensen die dagbesteding nodig hebben, dienen deze ook te ontvangen.

Vraag 220

Welke projecten en campagnes vallen onder de aanpak van eenzaamheid?

Antwoord 220:

Met mijn brief van 16 juli 2014 (Kamerstuk 29 538, nr. 155) heb ik u geïnformeerd over de acties die ik samen met Coalitie Erbij en VNG uitvoer als impuls op het voorkomen en terugdringen van eenzaamheid.

Het gaat primair om het bevorderen van een structurele integrale lokale aanpak. Daarnaast wordt ingezet op kennisdeling en informatievoorziening, zodat substantieel meer kwalitatief goede informatie over het thema eenzaamheid voor professionals, beleidsmakers en vrijwilligers beschikbaar is en zij eenzaamheid kunnen signaleren en effectief kunnen handelen. Verder wordt op meerdere momenten in het jaar aandacht gevraagd voor eenzaamheid, waarbij het doel onder meer is het activeren van «naar elkaar omkijken». De campagne «Zorg tegen eenzaamheid» heeft als doel een bijdrage te leveren aan het voorkomen of verminderen van eenzaamheid bij cliënten in de langdurige zorg. Het actieprogramma zet ik in 2017 en 2018 voort om ondersteuning te bieden aan gemeenten die gebruik willen maken van de ervaringen van 20 koplopergemeenten die tijdens het actieprogramma's «do's en don'ts» voor een succesvolle lokale aanpak hebben opgetekend (verschijnt november 2016).

Vraag 221

Op welke wijze is de Minister van plan projecten en campagnes rondom eenzaamheid concreet vorm te geven?

Antwoord 221:

Zie de antwoorden op vragen 215 en 220.

Vraag 222

Kan de Minister toelichten hoe gemeenten die het niet goed doen wat betreft de uitvoering van decentralisaties concreet worden ondersteund?

Antwoord 222:

Het is primair aan het college van B&W (en daarop beoordeeld door de gemeenteraad) om adequaat beleid en een daarop gebaseerde uitvoeringspraktijk vast te stellen die past binnen de kaders van de geldende wetgeving. Indien blijkt dat gemeenten ondersteuning nodig hebben bij de uitvoering van de decentralisaties, dan sta ik in algemene zin open voor het bieden of zo mogelijk faciliteren van ondersteuning door bijvoorbeeld het ontwikkelen van handreikingen.

Tijdens de implementatiefase was een breed pakket aan ondersteuning beschikbaar. In mijn voortgangsrapportage Wmo, die u een dezer dagen zal worden toegezonden ga ik nader in op de verschillende manieren waarop wij gemeenten op passende wijze ondersteuning bieden bij het uitvoeren van hun verantwoordelijkheden uithoofde van de Wmo en Jeugdwet.

Vraag 223

Wordt de functie van klachtenfunctionaris op voldoende wijze bij de zorginstellingen ingevuld? Waarom komt het nog geregeld voor dat de afwikkeling van een melding of klacht verwordt tot een juridische strijd?

Antwoord 223:

De klachtenfunctionaris is op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) per 1 januari 2017 verplicht voor zorgaanbieders. In de monitor Wkkgz die ik voor het eerst eind 2017 aan uw Kamer en de Eerste Kamer zal aanbieden zal ik aandacht hieraan besteden. In 2016 heeft het Ministerie van VWS door middel van onder meer de website www.kwaliteitenklachtenzorg.nl, het beantwoorden van vragen via branche/beroepsorganisaties, het geven van vele presentaties en beursbezoeken, de Wkkgz onder de aandacht gebracht bij zorgaanbieders. Daarbij is een cliëntvriendelijke en snelle klachtafhandeling, in een goed gesprek tussen cliënt en zorgverlener, gepromoot.

Vanaf 1 januari 2017 zal de IGZ handhavend optreden bij signalen van ontbreken van een klachtenfunctionaris.

Het is juist het doel van de Wkkgz dat dankzij een meer cliëntvriendelijke klachtafhandeling, juridisering wordt voorkomen.

Vraag 224

Hoe wordt zichtbaar in de communicatie naar patiënten op welke wijze zij kwaliteit en veiligheid garanderen?

Antwoord 224:

Een open cultuur die ruimte biedt voor het leren van klachten en incidenten is een belangrijke voorwaarde voor goede en veilige zorg. In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is die openheid ook een belangrijke pijler. Een klachtenfunctionaris kan bijvoorbeeld het goede gesprek tussen de zorgaanbieder en cliënt bevorderen. Ook is de verplichting opgenomen dat incidenten met merkbare gevolgen door de zorgaanbieder aan de cliënt moeten worden gemeld. Ook bestaat er bij calamiteiten en geweld in de zorgrelatie een meldingsplicht jegens de IGZ.

In de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) is vastgelegd dat cliëntenraden een verzwaaard adviesrecht hebben als het gaat om het kwaliteitsbeleid van de instelling. In het wetsvoorstel dat nu voor internetconsultatie voorligt, wordt voorgesteld om dat recht op dit punt aan te scherpen.

Vraag 225

Wat zijn de meest recente cijfers over vermijdbare sterfte voor de jaren 2012–2016?

Antwoord 225:

Ik beschik niet over deze cijfers. Ik heb het NIVEL opdracht gegeven de landelijke monitor naar de vermijdbare sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen uit te voeren over de periode 2012–2016. De uitkomsten daarvan verwacht ik eind 2017.

Vraag 226

In hoeverre is in alle regio's een voldoende en tijdig toegankelijk ambulante ggz-aanbod beschikbaar om de afbouw van intramurale plekken op te vangen? In welke regio's is er op dit moment nog onvoldoende ambulante aanbod om aan de vraag te voldoen? Hoe gaat de regering er voor zorgen dat iedereen de zorg krijgt die nodig is? Hoe gaat de regering zorgen dat al het beschikbare budget voor de opbouw van ambulante ggz daar ook daadwerkelijk voor wordt ingezet?

Antwoord 226:

De uitgangssituatie is in elke regio anders en sterk ingekleurd door historisch gegroeide verschillen in GGZ-capaciteit en zorggebruik. Dat geldt zowel voor de intramurale GGZ als de ambulante GGZ. Er bestaan daarmee ook faseverschillen en zorginhoudelijke verschillen in de afbouw van de intramurale zorg en de opbouw van de ambulante zorg. De eerdergenoemde Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ geeft een landelijk beeld op hoofdlijnen, maar zoomt tevens in op de regionale situatie met betrekking tot intramurale en ambulante zorg. Ik verwijs daarvoor naar o.a. pagina 17 van het genoemde rapport. Ook in de stand van zaken ambulantisering (Trimbos 19 oktober 2015) die ik bij brief van 27 oktober 2015 aangeboden heb, worden op pagina's 8, 9 en 10 de regionale verschillen inzichtelijk gemaakt. Het Trimbos zal in oktober een handvat opleveren dat de regio's kan ondersteunen bij het realiseren van een passend en goed zorgaanbod. Het is aan de zorgverzekeraars en gemeenten om met elkaar goede afspraken te maken over een passend en goed zorgaanbod en bijbehorende inzet van de beschikbare middelen.

Vraag 227

Kunt u aangeven op welke termijn de toekomstagenda voor de ggz en de nieuwe bekostiging, zoals uitgewerkt door de NZa, in uitvoering worden gebracht en de nieuwe bekostiging naar de Kamer gestuurd wordt? Hoe is de Minister van plan de geestelijke gezondheidszorg tot die tijd te ondersteunen?

Antwoord 227:

Op 26 november 2015 heb ik u de Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) aangeboden (Kamerstuk 25 424, nr. 292). Partijen zijn aan de slag met de uitvoering van de Agenda. Voor de begrotingsbehandeling zal ik u de voortgangsrapportage van de Agenda en mijn reactie daarop doen toekomen. Hierbij zal ook gevoegd worden de voortgangsrapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met betrekking tot de nieuwe bekostiging en mijn reactie hierop.

Ik ondersteun partijen overigens op verschillende manieren; ik ben nauw betrokken bij de uitvoering van de Agenda, ik stel geld hiervoor ter beschikking.

Vraag 228

Via welke middelen is terug te zien dat de Minister stelt te willen werken aan een klantvriendelijker systeem voor de pgb's?

Antwoord 228:

Op pagina 227 en pagina 235 van de begroting is de bijdrage van het Rijk aan de investeringskosten bij de SVB voor gemeenten opgenomen. De exacte omvang van de benodigde investeringen is nog niet bekend. Indien de investeringen nog bijstelling behoeven, zal ik u daarover informeren. Eind oktober informeer ik u over de toekomst van het trekkingsrecht in de voortgangsrapportage trekkingsrecht pgb.

Vraag 229

Wordt in de cultuuromslag en nieuwe bekostigingswijze ook gekeken naar een ggz die meer gericht is op de sturing op resultaat (outcome)? Zo ja, hoe gaan deze resultaten meetbaar worden? Op welke wijze gaat dit de manier van financiering beïnvloeden?

Antwoord 229:

Een onderdeel in het Kwaliteitsstatuut is het verplicht aanleveren van uitkomstgegevens (op basis van *routine outcome monitoring*, ROM) door alle aanbieders, met ingang van 1 januari 2017. Instellingen zijn hier al langer mee bezig en inmiddels ontvangt Stichting Benchmark ggz gegevens over 85% van alle afgesloten ggz-zorgtrajecten. Ook voor vrijgevestigde aanbieders zal aanlevering per 1 januari 2017 mogelijk zijn, sinds 1 oktober jongstleden kunnen zij al proefdraaien. Ik heb de NZa verzocht in haar advies over de nieuwe bekostiging in de ggz in te gaan op de rol die uitkomstmaten zoals ROM kunnen gaan spelen in het nieuwe bekostigingsmodel. Ik heb daarbij aangegeven eraan te hechten dat de nieuwe bekostiging zo wordt vormgegeven dat een koppeling met uitkomstmaten zoals ROM mogelijk is.

Vraag 230

Wat is stand van zaken bij de experimenten in het kader van het programma «Waardigheid en Trots». Kan daarbij in het bijzonder worden ingegaan op experimenten rond dementiezorg?

Antwoord 230:

Circa 170 zorgaanbieders zijn binnen ruimte voor verpleeghuizen aan de slag met de uitvoering van hun voorstel om kwaliteit van de verpleegzorg te verbeteren. Zij werken daarin samen in circa 15 themagroepen. De meeste zorgaanbieders zijn ongeveer een jaar bezig met hun projecten. Op de website van waardigheidentrots.nl is voor nagenoeg alle zorgaanbieders een deelnemerspagina, waarin hun project is beschreven. Bij mijn brief van 4 juli (Kamerstuk 31 765, nr. 215) heb ik een rapportage gevoegd waarin de voortgang staat van het traject «Ruimte voor verpleeghuizen. Omdat veel mensen die in een verpleeghuis wonen dementerend zijn, zullen de hieronder genoemde resultaten ook bij dementerenden en hun familie tot verbeteringen leiden. Daarin staan per themagroep voorbeelden van hoe aanbieders binnen dit deel van het programma hun werkwijzen vernieuwen die invloed hebben op cliënten en professionals. Voorbeelden zijn:

- het invoeren van een nieuwe gesprekstechniek tussen bewoners, naasten en professionals, die helpt de focus op welbevinden van de bewoner te houden;
- de verduidelijking van de hygiëncode voor kleinschalige woonvormen (HACCP) omdat bleek dat die strenger werd toegepast dan noodzakelijk waardoor onnodige registraties konden worden geschrapt,

- evaluatie van de contractering bij gespecialiseerde aanbieders waarna de contractering zodanig is aangepast dat cliënten bij de aanbieder van hun keuze terecht kunnen.

Ik informeer u begin januari 2017 via de volgende voortgangsrapportage ruimte voor verpleeghuizen over de voortgang.

Vraag 231

In 2017 is het tijd voor een volgende stap, meer maatschappelijke bewustwording van mantelzorgers. Wat wordt verstaan onder maatschappelijk bewustwording en hoe wordt deze volgende stap uitgevoerd?

Antwoord 231:

De beweging waarin mantelzorgers maatschappelijke erkenning en ondersteuning krijgen gaat de goede kant op. Toch zijn er nog veel mantelzorgers die behoefte hebben aan meer ondersteuning en begrip. Daarbij gaat het niet alleen om de formele waardering en ondersteuning door overheden en instellingen, maar ook de maatschappelijke waardering en ondersteuning. Naast de huidige investeringen van het kabinet zal ik met betrokken veldpartijen en mijn collega bewindspersonen bespreken hoe we de maatschappelijke bewustwording verder kunnen vergroten. Ik betrek daar de uitkomsten van de Arbeid en Zorgbijeenkoms van dit najaar bij en de ervaringen met het programma «Samen dementievriendelijk». Ik zie het de komende jaren wel als taak voor de rijksoverheid om in een faciliterende zin de samenleving te helpen bij deze cultuurverandering. Zo veranderen we geleidelijk aan, vanuit de mensen zelf, de rol en positie van de mantelzorgers.

Vraag 232

Wat is over de hele linie de stand van zaken bij de experimenten in het kader van het programma «Waardigheid en Trots»? Kan daarbij in het bijzonder worden ingegaan op experimenten rond dementiezorg? Wat zijn de resultaten voor mensen met dementie en hun familie, hoeveel mensen met dementie en familieleden merken verbeteringen in hun dagelijkse leven in het verpleeghuis door Waardigheid en trots?

Antwoord 232:

Zie het antwoord op vraag 230.

Vraag 233

Hoeveel mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 233:

De laatste cijfers dateren uit 2014 en 2015 en zijn verwerkt in de rapporten van het SCP *Hulp Geboden* (2014) en *Informeel zorg: wie doet er wat* (2015). In 2014 gaven ruim 4 miljoen mensen mantelzorg (33% van de volwassen Nederlanders).

Vraag 234

Hoeveel overbelaste mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 234:

De meest recente cijfers komen uit het SCP onderzoek *Informeel zorg: wie doet er wat* (2015). Deze cijfers heb ik ook betrokken in de voortgangsrapportage informeel zorg d.d. 13 januari 2016: In 2014 gaven ruim 4 miljoen mensen mantelzorg (33% van de volwassen Nederlanders). Circa 400.000 mantelzorgers voelen zich zwaar belast.

Vraag 235

Wat zijn de laatste cijfers van mantelzorg?

Antwoord 235:

De laatste cijfers dateren uit 2014 en 2015 en zijn verwerkt in de rapporten van het SCP *Hulp Geboden* (2014) en *Informele hulp: wie doet er wat* (2015). Op de resultaten van het SCP onderzoek *Informele hulp: wie doet er wat* ben ik ingegaan in de voortgangsrapportage informele zorg d.d. 13 januari 2016:

- In 2014 gaven ruim 4 miljoen mensen mantelzorg (33% van de volwassen Nederlanders).
- Circa 400.000 mantelzorgers voelen zich zwaar belast.
- 1 op de 5 mantelzorgers maakt gebruik van respijtzorg.

Nieuwe cijfers van het SCP zijn begin 2017 beschikbaar.

Vraag 236

Hoeveel vrijwilligers zijn er in Nederland, en wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 236:

Zoals ik u heb gemeld in reactie op de initiatiefnota «vrijwilligers zijn kampioenen,» doet ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking van 15 jaar of ouder minimaal 1x per jaar vrijwilligerswerk. De meest recente cijfers over vrijwilligerswerk in Nederland zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en komen uit 2015.

Vraag 237

Hoeveel respijtvoorzieningen en logeeropvanghuizen zijn er in Nederland?

Antwoord 237:

Over dit type voorzieningen zijn geen landelijk gegevens beschikbaar.

Vraag 238

Zijn het aantal respijtvoorzieningen in 2016 gestegen, gelijk gebleven of gedaald en wat is uw duiding hierop?

Antwoord 238:

Over dit type voorzieningen zijn geen landelijk gegevens beschikbaar.

Vraag 239

Hoe vaak worden mantelzorgers ingezet als vervanging van professionele zorg?

Antwoord 239:

Hierover zijn geen cijfers bekend. Het goed te beseffen dat mantelzorg altijd iets van mensen zelf is en daarom nooit een beleidsinstrument kan zijn om andere doelen te verwezenlijken. Mantelzorg is ten principale vrijwillig en nooit verplicht. Het enige dat de overheid kan doen is de mantelzorger zo goed mogelijk via dat integrale beleid te ondersteunen. Dus mantelzorg is geen vervanging van de professionele zorg, maar sluit hier op aan. Door de Toekomstagenda Informele Zorg en Ondersteuning en het programma *In voor Mantelzorg* heeft het kabinet ingezet op het verbeteren van dit samenspel tussen professional en mantelzorger.

Vraag 240

Is er buiten de 8,75 miljoen euro die beschikbaar is gesteld voor ICT in ziekenhuizen, meer geld beschikbaar voor de enorme mogelijkheden die innovaties bieden om mensen tegen lagere kosten de zorg te bieden die bij hen past?

Antwoord 240:

Er is meer geld beschikbaar voor innovaties die eraan bijdragen dat mensen tegen lagere kosten zorg krijgen die beter bij hen past. In de periode 2017–2019 is jaarlijks € 35 miljoen beschikbaar om te realiseren dat patiënten digitaal over hun medische gegevens uit het ziekenhuis kunnen beschikken. Hiermee wordt het makkelijker om dit soort innovaties, die vaak gebruik maken van ICT, in de dagelijkse praktijk in te zetten. Daarnaast is het mogelijk dat het ziekenhuis met de verzekeraar afsprekt dat zij voor innovatieve zorg dezelfde DBC-prijs ontvangen als voor de reguliere zorg. Zij kunnen hierover meerjarige afspraken maken in verband met het terugverdienen van eventuele investeringen. Daarmee is het binnen de reguliere bekostiging ook mogelijk om deze innovaties in de praktijk in te zetten.

Vraag 241

Kan de Minister aangeven hoe zij van plan is 310.000 dementievrienden voor 2020 te gaan registreren?

Antwoord 241:

Alzheimer Nederland heeft tot 1 maart 2017 een subsidie van € 3,2 miljoen voor de campagne Dementievrienden ontvangen. Het programma heeft als doel om een beweging tot stand te brengen en de kennis over het omgaan van dementie in het dagelijkse leven te vergroten. Zie de Kamerbrief van 9 mei 2016 (Kamerstuk 25 424, nr. 313). Meer informatie over de campagne is ook te vinden op de website <https://samendementievriendelijk.nl/>. Naast de publiekscampagne loopt er een brede strategie om vrienden te werven. Zo wordt er aansluiting bij bedrijven en overheden gezocht en worden er online (branche)trainingen ontwikkeld. Ik verwacht eind dit jaar een subsidieaanvraag van Alzheimer Nederland voor het vervolg. Een beweging ontstaat niet zomaar. De eerste jaren zal het aantal vrienden dus relatief laag zijn, maar de verwachting is dat er door meer bekendheid te geven een sneeuwbaaleffect ontstaat, zodat er zich in 2020 310.000 vrienden hebben geregistreerd.

Vraag 242

Op welke wijze zal de informatie met betrekking tot het kwaliteitsstatuut richting de patiënten worden ontsloten en vindbaar zijn?

Antwoord 242:

Keuzeinformatie voor cliënten is te vinden op Kiesbeter.nl en Zorgkaart-Nederland.nl. Ook de IGZ publiceert haar rapporten op de website.

Vraag 243

Op welke wijze wordt in de campagnes en activiteiten meegenomen dat mensen een handelingsperspectief krijgen aangeboden hoe om te gaan met mensen met psychische problemen? Is er een meerjarenstrategie voor de bestrijding van stigma's binnen en buiten de GGZ?

Antwoord 243:

De recent gestarte publiekscampagne depressiepreventie is een meerjarige campagne. Deze campagne richt zich op het agenderen van depressie als een ziekte waar veel mensen mee te maken hebben. Het is de bedoeling dat mensen meer kennis opdoen en depressie eerder en beter leren herkennen en daarnaast is het van belang om het taboe te doorbreken om over depressie te spreken. Handelingsperspectief wordt geboden door mensen te wijzen op hoe ze signalen kunnen herkennen en er over in gesprek kunnen treden. De campagnewebsite www.omgaan-metdepressie.nl bevat handvatten hoe je iemand kunt steunen die kampt met een depressie.

Het door VWS gefinancierde programma van Samen Sterk Zonder Stigma (www.samensterkzonderstigma.nl) is een reeds lopend meerjarenprogramma dat op diverse terreinen (het hebben van) psychische ziekten bespreekbaar wil maken en het stigma erover wil aanpakken: op het werk, in de ggz, in de media en in algemene zin via ambassadeurs. Naast het bewust maken van het bestaan van stigma's binnen en buiten de ggz, streeft het programma nadrukkelijk naar het bieden van handelingsperspectief zodat gedrag verandert. Zo is er een toolkit voor bedrijven die hen onder andere helpt om de werkomgeving of het werk zelf waar nodig aan te passen voor mensen met psychische aandoeningen. Binnen de ggz zelf werkt het programma mee aan de ontwikkeling van een generieke module «destigmatisering» die in 2017 wordt opgeleverd en dan in alle zorgstandaarden voor de ggz zal worden opgenomen. Deze bevat concrete aanbevelingen voor ggz-hulpverleners, ervaringsdeskundigen en hulpverleners over de implementatie en uitvoering van (kosten-)effectieve interventies en methodieken om publiek stigma, zelfstigma en stigmatisering in de hulpverlening te bestrijden.

Vraag 244

Klopt het dat het praktijkteam zorg overbodig zou zijn als de verzorgingshuizen nog bestonden?

Antwoord 244:

Nee, het Praktijkteam Zorg op de Juiste plek richt zich op knelpunten rond de overdracht van kwetsbare ouderen tussen thuis, ziekenhuis, kortdurende- en langdurige opname in een instelling. Over de resultaten van het praktijkteam «Zorg op de juiste plek» heb ik u per brief van 8 juli jongstleden geïnformeerd (Kamerstuk 34 104, nr. 125).

Vraag 245

Oog hebben voor mensen met dementie is een zaak van ons allemaal. Geldt dit ook voor de regering? Zo ja, hoe verhoudt zich dat tot het verdwijnen van casemanagers dementie? Hoe verhoudt zich dat tot het wegbezuinigen van dagbesteding?

Antwoord 245:

Zoals u weet hecht ik veel waarde aan goede zorg bij dementie. Niet alleen medisch maar bijvoorbeeld ook door het dementievriendelijker maken van de samenleving. Ten aanzien van casemanagement bij dementie ligt er – zoals besproken tijdens het algemeen overleg dementiezorg – een actieplan om deze vorm van begeleiding te verbeteren. Zoals toegezegd ontvangt u daar deze maand een nieuwe stand van zakenbrief over.

Dagbesteding is een belangrijk aspect in het leven van mensen met dementie. De Wmo 2015 bevat waarborgen dat mensen die zijn aangegeven op maatschappelijke ondersteuning een passend aanbod krijgen van de gemeente. Ik hecht waarde aan een goede uitvoering hiervan. Ik heb Movisie de opdracht gegeven om in kaart te brengen welke bewegingen zij – specifiek bij dagbesteding voor mensen met dementie en de GGZ-doelgroep – zien. Zij betrekken daarbij de ervaring van cliënt en professional. Dit rapport kunt u begin 2017 verwachten.

Vraag 246

Welke concrete afspraken zijn inmiddels met België en Luxemburg gemaakt over de gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen? Welke besparingen verwacht de regering daar komende jaren mee te realiseren?

Antwoord 246:

Tot op heden is er voor twee nieuwe geneesmiddelen sprake van een pilot voor een gezamenlijk beoordelings-en onderhandeltraject. Een derde pilot is in voorbereiding. De trajecten/gesprekken zijn nog gaande, zodoende kunnen er geen uitspraken worden gedaan over de verwachte besparingen.

Vraag 247

Welke besparingen verwacht de regering komende jaren te behalen met de inwerkingtreding van het Platform Expertise Inkoop Geneesmiddelen? Hoeveel verzekeraars en ziekenhuizen hebben zich inmiddels aangemeld om te participeren en wat is uw verwachting voor de toekomst?

Antwoord 247:

Een belangrijk punt uit de geneesmiddelenvisie is dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars in Nederland de krachten meer bundelen bij de inkoop van geneesmiddelen en het delen van expertise omtrent inkoop. Verzekeraars en zorgaanbieders werken thans zelf aan een initiatief voor gezamenlijk inkopen. De vorm waarin dit tot stand komt is nog niet definitief.

In de visie heb ik het platform expertise inkoop geneesmiddelen aangekondigd. Binnen het platform kunnen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling en ook tussen die partijen en het bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen van het Ministerie van VWS kennis en ervaringen worden gedeeld en de mogelijkheden van inkoopcombinaties gezamenlijk worden onderzocht. De voorbereidende gesprekken lopen en het platform zal uiterlijk begin volgend jaar van start gaan.

Vraag 248

Kunt u aangeven op welke termijn u verwacht een nieuwe en slimmere methode om naar kwaliteit van ouderenzorg te kijken ontwikkeld te hebben?

Antwoord 248:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn brief van 10 oktober jl. (Kamerstuk 31 765 nr. 236) over de kwaliteit van zorg.

Vraag 249

Kunt u toelichten welke zorgverleners of sectoren binnen de gezondheidszorg dit najaar samen om tafel gaan? Welke zorgverleners hebben zich nog niet gemeld of zijn nog niet in beeld?

Antwoord 249:

Dit betreft de huisartsen, farmacie, paramedische zorg, verloskunde, mondzorg, wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg, medisch specialistische zorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Mochten er ook andere sectoren geïnteresseerd zijn, dan nodig ik hen graag uit dit door te geven via aanpakregeldruk@minvws.nl.

Vraag 250

Hoe gaat u in 2017 investeren in betere diagnostiek, zodat onnodig medicijngebruik kan worden voorkomen? Welke diagnostische initiatieven kunnen op basis van welke voorwaarden rekenen op uw steun?

Antwoord 250:

Ik heb € 10 miljoen voor de periode tot en met 2020 beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling van diagnostiek. De bedoeling hiervan is betere voorspellende diagnostiek te ontwikkelen op basis waarvan alleen die

patiënten voor behandeling met bepaalde geneesmiddelen worden geïncorporeerd, die daar baat bij hebben.

Ik heb ZonMw gevraagd om hier een programma voorstel voor te doen. Ik verwacht dit programmavoorstel voor het eind van dit jaar.

Vraag 251

Ons doel is dan ook: minder regels, meer tijd voor zorg, aldus de toelichting. Waarom heeft de regering niet gewoon in 2015 het project ERAI landelijk uitgerold? Dan hadden we nu al minder regels en meer tijd voor zorg gehad?

Antwoord 251:

Over de eindevaluatie van het experiment regelarme instellingen (ERAI) en de lessen die daaruit getrokken zijn, is de Tweede Kamer bij brief van 15 juni jl. geïnformeerd (Kamerstuk 29 515, nr. 388). Zo zijn onder andere het berichtenverkeer in de Wlz en het melden van calamiteiten bij de IGZ vereenvoudigd, zijn de voorwaarden voor de inkoop van Wlz-zorg door Wlz-uitvoerders geüniformeerd, zijn binnen de Wmo 2015 en de Jeugdwet de procedures rondom de indicatiestelling verminderd en is er meer maatwerk voor de burger, is de CQ-index «bevroren» en is het aantal prestaties in de wijkverpleging waarop gedeclareerd moet worden gereduceerd.

In het AO Aanpak regeldruk en administratieve lasten en een daarop volgend VAO respectievelijk d.d. 6 en 7 juli jl. is daarover met de Kamer van gedachten gewisseld. Hierbij is aangegeven dat ERAI destijds betrekking had op de AWBZ en de lessons learned zijn meegenomen in de hervorming van de langdurige zorg, zoals hiervoor aangegeven. Ook heeft ERAI model gestaan voor de aanpak die bij Waardigheid & Trots is gekozen. Daarmee wordt ERAI niet overgedaan, maar wordt de succesvolle aanpak geprolongeerd in dit programma. Ging ERAI over 28 instellingen in de langdurige zorg, Waardigheid & Trots kent een bredere aanpak en juist doordat dit programma meer massa heeft kan de gewenste onomkeerbare beweging in gang worden gezet. Over de voortgang van het programma Waardigheid & Trots wordt u middels voortgangsrapportages geïnformeerd. Ook wordt u met voortgangsrapportages geïnformeerd over de voortgang van «Meer tijd voor zorg, merkbaar minder regeldruk».

Vraag 252

Hoe zal het Platform Expertise Inkoop Geneesmiddelen eruit zien en nemen alle ziekenhuizen en zorgverzekeraars hier aan deel? Zal het Ministerie van VWS hier ook onderdeel van zijn?

Antwoord 252:

Zie het antwoord op vraag 247.

Vraag 253

Is er in deze agenda ook ruimte voor snellere methodes van validatie van innovaties? Op welke wijze wordt hierin aandacht besteed aan het in de zorg breed schaalbaar maken van beproefde innovaties? Op welke wijze wordt deze agenda in een meerjarenperspectief geplaatst, met de daarbij behorende middelen en financieringsvormen en naar welke concrete doelen wordt toegewerkt?

Antwoord 253:

In het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP) ligt de focus op de gestandaardiseerde uitwisseling. Dit draagt bij aan het schaalbaar maken van innovaties. In die zin creëert VIPP onder meer de randvoorwaarden voor opschaling. Echter in dit

programma ligt de focus niet specifiek op het opschalen van beproefde innovaties. Hiervoor heb ik het Fast Track initiatief e-health gestart, waarbij mkb-ondernemers met een beproefde innovatieve toepassing een steun in de rug krijgen. De agenda van de sector van medische specialistische zorg wordt in een meerjarenperspectief geplaatst door een meerjarige ondersteuning waarvan € 35 miljoen in 2017. Ik zal de gesprekken met de sector, ook over het opstellen van concrete doelen, blijven voeren. Tot slot wordt binnenkort een verkenning afgerond naar onderzoeksmethoden voor innovaties en innoverende zorgorganisaties. Er lijkt behoefte te zijn bij zorginnovatoren en onderzoekers om de ervaring van het toepassen van een innovatie via nieuwe methoden van onderzoek zichtbaar te maken. Traditionele onderzoeken, zoals een randomised controlled trial, lijken hierbij niet optimaal, aangezien deze vaak pas na 2 of 3 jaar eerste inzichten geven. Vervolgstappen op het gebied van onderzoeksmethodes voor innovaties zal ik aan het eind van dit jaar bekend maken aan betrokken organisaties.

Vraag 254

Voor welke beroepsgroepen wordt de vergelijkbare maatwerkaanpak van «Het roer moet om» uitgevoerd?

Antwoord 254:

Dit betreft de farmacie, paramedische zorg, verloskunde, mondzorg, wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg, medisch specialistische zorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Ook loopt de aanpak bij de huisartsen door.

Vraag 255

Kan de 35 miljoen euro die beschikbaar wordt gesteld voor het project ICT in Ziekenhuizen ook worden gebruikt om de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in de eerste en de tweede lijn te verbeteren?

Antwoord 255:

De € 35 miljoen die beschikbaar wordt gesteld, is primair bedoeld om ervoor te zorgen dat de patiënt zijn gegevens krijgt. De patiënt kan zijn gegevens gebruiken voor zelfzorg of delen met andere zorgverleners, zoals zorgverleners in de eerste lijn.

Om deze gegevens bruikbaar en deelbaar te laten zijn moet voldaan worden aan informatiestandaarden. Verstrekking en standaardisatie dragen ook bij aan verbetering van de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in de eerste en de tweede lijn. Ten eerste omdat deze gegevensuitwisseling via de patiënt kan verlopen, zonder gebruik te hoeven maken van landelijke of regionale schakelsystemen. Ten tweede omdat deze gegevens, mits aan de wettelijke randvoorwaarden voor gegevensdeling wordt voldaan (informed consent), dan ook direct tussen ziekenhuis en andere zorgverleners gedeeld kunnen worden.

Vraag 256

Waarvoor is de 1 miljoen euro voor nog niet juridisch verplichte middelen voor de geneesmiddelenvisie bestemd?

Antwoord 256:

Zie het antwoord op vraag 345. De besteding van deze middelen zal gedurende het jaar plaatsvinden. Daardoor zullen nog niet alle middelen op 1 januari verplicht zijn. Het is op dit moment nog niet aan te geven welke onderdelen op 1 januari nog niet verplicht zullen zijn.

Vraag 257

Waaruit bestaan de bijzondere transitiekosten voor jeugdhulporganisaties?

Antwoord 257:

Bijzondere transitiekosten zijn de volgende kosten:

- Personele frictiekosten die optreden door de transitie jeugdhulp,
- Frictiekosten vastgoed die optreden door de transitie jeugdhulp,
- Doorlopende contracten die zijn aangegaan voor 1 januari 2014 en die doorlopen na 2015. Het betreft contracten die doorlopen na de transitiedatum en die behoren bij activiteiten die worden afgebouwd,
- Advieskosten die gemaakt moeten worden in verband met de reorganisatie die door de transitie jeugdhulp noodzakelijk is geworden
- Kosten waar landelijke en bovenregionaal werkende jeugdhulp organisaties mee geconfronteerd worden als er door vertraagde bevoorschotting of late betalingen door gemeenten, liquiditeittekorten ontstaan.

Om voor subsidie in aanmerking te komen wordt een toets uitgevoerd om te bepalen in hoeverre de instelling in staat is om de kosten zelf te dragen. Alleen voor zover de instelling niet in staat is om de kosten zelf te dragen wordt subsidie toegekend.

Vraag 258

Kunt u aangeven hoe het Fast Track eHealth initiatief terug te zien is in uw budget?

Antwoord 258:

Het Fast Track initiatief is opgenomen onder het programma Innovatie en Zorgvernieuwing (Beleidsartikel 4 onderdeel 3 kwaliteit, transparantie en kennisontwikkeling).

Vraag 259

Waarom heeft de Minister gekozen voor de benaming «bevordering werking van het stelsel» in tegenstelling tot wat in de kabinetsreactie op de beleidsdoorlichting van artikel 2.3 van de VWS-begroting staat?

Antwoord 259:

Zoals ik heb aangegeven, was het mijn bedoeling de naamgeving van artikel 2.3. te wijzigen. Dit is per abuis niet in de begroting 2017 meegenomen. Inmiddels is dit in de administratie aangepast, zodat in de komende begrotingsstukken deze nieuwe naamgeving wel gehanteerd zal worden.

Vraag 260

Volgens uw begroting nemen de uitgaven voor de zorgtoeslag drastisch af in de komende jaren. Kunt u aangeven waardoor dit wordt veroorzaakt?

Antwoord 260:

In de begroting worden de uitgaven aan zorgtoeslag voor 2017 geraamd op € 4,4 miljard. Dit bedrag neemt toe tot € 5,0 miljard in 2018 en stijgt daarna geleidelijk verder tot € 6,0 miljard in 2021 (zie pagina 114 van de VWS-begroting 2017). Van een daling is dus geen sprake.

Vraag 261

Bij de maatschappelijke doelstellingen en indicatoren monitor, is een van de doelstellingen om het voor iedereen betaalbaar te laten zijn om een gezond kind op de wereld te zetten. Geldt deze doelstelling alleen voor ouders van gezonde kinderen, of ook voor ouders van kinderen met een ziekte of een beperking?

Antwoord 261:

Deze doelstelling geldt voor iedereen.

Vraag 262

Bij de maatschappelijke doelstellingen en indicatoren monitor, is een van de doelstellingen om het voor iedereen betaalbaar te laten zijn om een gezond kind op de wereld te zetten. Geldt deze alleen voor het ter wereld brengen van een kind, of ook voor het opgroeien van kinderen? Indien het laatste ook doelstelling van beleid is, bent u ermee bekend dat dit voor veel – met name jonge ouders – moeilijk is, gelet op de grote diversiteit aan problemen waar zij tegenaan lopen op het gebied van financiën, huisvesting, scholing e.d.? Bent u bereid deze knelpunten te onderzoeken en op basis daarvan beleidsmaatregelen te nemen die ervoor zorgen dat het voor iedereen betaalbaar is om een kind op de wereld te zetten en op te voeden? Bent u tevens bereid daarbij passende indicatoren te formuleren?

Antwoord 262:

Door in de monitor VWS te kiezen voor een uitsplitsing naar levensfase, wordt expliciet gemaakt dat, naast een goede en betaalbare zorg rond de geboorte, ook de zorg bij het opgroeien van kinderen van belang is.

De monitor VWS geeft doelstellingen en indicatoren die op het terrein van VWS liggen. Om die reden zijn er geen doelstellingen en indicatoren opgenomen over huisvesting, financiën en scholing. Dat doet echter niets af aan het grote belang van de randvoorwaarden op het gezond kunnen opgroeien.

In de monitor VWS 2017 is de koppeling met het sociaal domein en jeugdzorg nog beperkt. Vanuit de Tweede Kamer is eerder de wens uitgesproken om deze koppeling te versterken. Ik zal bij de verdere doorontwikkeling van de Monitor de mogelijkheden daartoe nader onderzoeken.

Vraag 263

Bij de maatschappelijke doelstellingen en indicatoren monitor, is een van de doelstellingen om de zorg in de laatste levensfase betaalbaar te houden. De focus ligt daarbij volgens de begroting op goede kennis over palliatieve zorg om daarmee onnodig doorbehandelen te voorkomen. Vindt u dat niet een te beperkte invulling van het doel van palliatieve zorg? Op welke wijze worden de diverse moties-Van der Staaij bij deze maatschappelijke doelstelling nader opgepakt?

Antwoord 263:

Goede palliatieve zorg dient inderdaad een breder doel, waaronder kwaliteit van leven van mensen in de laatste fase en het op een waardige manier afscheid kunnen nemen van het leven en naasten. Niet onnodig doorbehandelen draagt daar aan bij, maar is zeker niet het hoofddoel van palliatieve zorg.

Er bestaan nog verbetermogelijkheden wat betreft het type indicatoren welke op dit moment zijn opgenomen in de Monitor VWS. Het streven is om zoveel als mogelijk outcome-indicatoren op te nemen. Ook is er nog gebrek aan goede indicatoren over «Zorg in de laatste levensfase». Deze moeten nog aangevuld worden. De kennis die voortkomt uit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg zal worden meegenomen bij de verdere doorontwikkeling van de Monitor.

De diverse moties worden meegenomen bij de doelstelling om de zorg (ook in de laatste fase) betaalbaar te houden.

Vraag 264

Waarom wordt er subsidie gebruikt voor het verplicht verbeteren van de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten met betrekking tot preventie-activiteiten?

Antwoord 264:

Zorgverzekeraars en gemeenten hebben een gemeenschappelijk belang bij preventieactiviteiten voor risicogroepen. Ik zie in de praktijk dat dit lastig van de grond komt. Om samenwerking te stimuleren en de activiteiten te verankeren worden gedurende 5 jaar een derde deel van de kosten voor procescoördinatie via een subsidieregeling vergoed.

Vraag 265

Welke criteria worden gehanteerd voor het bepalen van een betere samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten?

Antwoord 265:

De aanvraag voor de subsidieregeling preventiecoalities dient te bevatten: een intentieverklaring tot samenwerking tussen betreffende verzekeraar/gemeente(n), een overzicht van voorgestelde activiteiten/doelen in het kader van procescoördinatie voor het opstarten/uitvoeren van dit project, en een begroting van geraamde kosten waarin ook de eigen inleg van verzekeraar en gemeente(n) wordt meegenomen. Globaal dient beschreven te worden op welke risicogroep het project betrekking heeft. Subsidieverstrekking vindt per project maximaal drie jaar plaats, en medewerking aan evaluatie van de preventiecoalities is verplicht.

Vraag 266

Welke financiële middelen gaat VWS inzetten voor het voorkomen van depressies?

Antwoord 266:

Samen met het veld wordt gewerkt aan een meerjarenprogramma Depressie voorkómen. Voor de uitvoering van dit meerjarenprogramma is in 2017 en 2018 € 0,75 miljoen per jaar beschikbaar. De publiekscampagne Depressie levert hier ook een belangrijke bijdrage aan. Ik heb voor de campagne in 2016–2017 € 1,0 miljoen beschikbaar gesteld. Daarnaast financier ik nog enkele aanpalende activiteiten die de aanpak verder ondersteunen.

Vraag 267

Is er ook subsidie beschikbaar om preventiecoalities op te zetten rondom gezonde voeding, zoals voorlichting over de gevolgen van suiker?

Antwoord 267:

Zie het antwoord op vraag 269.

Vraag 268

Wanneer wordt de subsidieregeling preventiecoalities toegekend? Aan welke voorwaarden en doelstellingen moeten zorgverzekeraars en gemeenten voldoen? Welke risicogroepen onderscheidt de Minister?

Antwoord 268:

Zie voor de voorwaarden waaraan zorgverzekeraars en gemeenten moeten voldoen bij het aanvragen van een subsidieregeling in het kader van de preventiecoalities het antwoord op vraag 265. Aanvragen kunnen worden ingediend in het voorjaar van 2017. Ik onderscheid zelf geen risicogroepen. Het is vooral aan de gemeenten om aan te geven op welke risicogroepen zij zich willen focussen en dan samen met de zorgverzekeraar de geschikte interventies vorm te geven.

Vraag 269

Is er ook subsidie beschikbaar om preventiecoalities op te zetten rondom gezonde voeding, zoals voorlichting over de gevolgen van suiker?

Antwoord 269:

De subsidie is bedoeld voor de procescoördinatie van een integraal preventieaanbod voor groepen met een verhoogd gezondheidsrisico. De keuze voor risicogroepen ligt bij gemeenten en verzekeraars. Indien relevant, kan ook gezonde voeding onderdeel zijn van dit preventieaanbod.

Vraag 270

Waarom is het noodzakelijk de gezondheid van statushouders te bevorderen en waarom was dit in voorgaande jaren niet noodzakelijk?

Antwoord 270:

Het is altijd noodzakelijk om de gezondheid van statushouders – en alle Nederlanders – te bevorderen. De recente verhoogde instroom, met vluchtelingen uit landen waar voorheen veel minder mensen vandaan kwamen, was aanleiding om alle kennis en ervaring tot nu toe op een rij te zetten en te bezien wat nodig is.

Uit de recente kennissyntheses van stichting Pharos (Kamerstuk 19 637, nr. 2183) blijkt dat een integrale lokale aanpak het meest aangewezen is om de gezondheid van deze inwoners te bevorderen. Daarom wil ik, via een tijdelijke impuls aan gemeenten, inzetten op gezondheidsbevordering van statushouders binnen het lokale gezondheidsbeleid. De tijdelijke impuls moet leiden tot een structurele inbedding.

Vraag 271

Hoeveel geld gaat er naar het OTAV (Ondersteuningsteam asielzoekers en vergunninghouders) en is dit structureel?

Antwoord 271:

Het gaat hier om een tijdelijke impuls met een looptijd van 1 november 2016 tot 1 mei 2018. De volgende bedragen zijn beschikbaar voor OTAV: € 325.000 in 2016, € 1.815.000 in 2017 en € 1.320.000 in 2018.

Vraag 272

Wat dragen asielzoekers zelf bij aan hun zorgkosten, betalen ze zorgpremie, eigen risico en eigen bijdragen?

Antwoord 272:

Deze vraag kunt u stellen aan de Minister van Veiligheid & Justitie. Op die begroting staan de zorgkosten voor asielzoekers.

Vraag 273

Wat dragen statushouders zelf bij aan hun zorgkosten, betalen ze zorgpremie, eigen risico en eigen bijdragen?

Antwoord 273:

Statushouders zijn verzekeringsplichtig. Vanaf het moment dat zij statushouder worden zijn ze verzekeringsplichtig, en moeten ze zich verzekeren. Vanaf het moment dat zij verzekerd zijn, betalen zij zorgpremie, eigen risico en eigen bijdragen, net als ieder ander verzekerde in Nederland.

Vraag 274

Hoe vaak is TBC geconstateerd bij asielzoekers?

Antwoord 274:

In 2016 zijn er, tot en met week 36, 73 gevallen van TBC geconstateerd bij asielzoekers.

Vraag 275

Hoe vaak is schurft of een andere besmettelijke ziekte geconstateerd bij asielzoekers?

Antwoord 275:

Infectieziekten bij personen, wonend in asielzoekerscentra en andere collectieve opvanglocaties van het COA, worden gesurveilleerd door het volgen van meldingsplichtige ziekten. Artikel 26 meldingen (clusters van niet-meldingsplichtige ziekten, zoals schurft) worden wel aan de GGD gemeld, maar niet aan het RIVM. Ik kan daarover dus niet rapporteren.

In totaal zijn er in 2016, tot en met week 36, 185 gevallen van een meldingsplichtige besmettelijke ziekte geconstateerd bij asielzoekers, waarvan 73 keer TBC, 64 keer chronische hepatitis B en 38 keer malaria.

Vraag 276

Hoeveel asielzoekers hebben wegens een ziekte in quarantaine gezeten?

Antwoord 276:

Er hebben geen asielzoekers wegens een ziekte in quarantaine gezeten. Daar was geen aanleiding toe.

Vraag 277

Waaruit blijkt in de VWS-begroting 2017 dat het nieuwe speerpunt binnen het beleid voor tabaksontmoediging «niet roken vóór, tijdens en na de zwangerschap» is? Hoe gaat de regering het speerpunt «niet roken vóór, tijdens en na de zwangerschap» bereiken, en welke budgettaire middelen worden ervoor uitgetrokken?

Antwoord 277:

Nog steeds roken veel (aanstaande) ouders voor, tijdens en na de zwangerschap met ernstige gevolgen voor de gezondheid van het kind. In mijn brief van 29 juni 2016 (Kamerstuk 32 279, nr. 89) heb ik beschreven wat ik ga doen om dit aantal omlaag te brengen. Zo start ik dit najaar een publiekscampagne rookvrij opgroeien die beoogt de sociale steun voor (aanstaande) ouders die stoppen met roken te vergroten; voor deze campagne heb ik € 1 miljoen vrijgemaakt. Daarnaast ondersteun ik de Taskforce Rookvrije Start waarin negen beroepsverenigingen en partners als ZonMw, Trimbos en het College Perinatale Zorg hun krachten hebben gebundeld om (aanstaande) ouders vaker te motiveren en beter te begeleiden bij het stoppen met roken. Daarnaast ontvangt het Trimbos-instituut subsidie om professionals te voorzien van adequate voorlichtingsmaterialen en hulpmiddelen. Ook ondersteun ik het programma Promise van het Longfonds, Trimbos- instituut en Pharos om de bestaande, effectieve stoppen met roken interventie voor verloskundigen (V-MIS) sensitiever te maken voor lage ses-groepen. Eind 2016 en in 2018 wordt het aantal zwangere vrouwen (en hun partner) dat rookt opnieuw geïnventariseerd. Voor voornoemde ondersteuning en monitoring heb ik in 2016 en 2017 in totaal ruim € 0,6 miljoen vrijgemaakt.

Vraag 278

Welke output moet de Taskforce Rookvrij Opgroeien opleveren en wat is het bijbehorende tijdspad?

Antwoord 278:

De Taskforce Rookvrije Start heeft op 29 juni jl. een plan van aanpak gepresenteerd voor de komende twee jaar. Met dit plan beoogt de Taskforce het aantal zwangeren en hun partners dat rookt tijdens de zwangerschap terug te dringen met respectievelijk 50% en 25% en de terugval van het aantal vrouwen dat na de zwangerschap weer gaat roken, te verminderen met 50%. Ook wil de Taskforce bereiken dat in alle verloskundige samenwerkingsverbanden en JGZ-instellingen een zorgpad stoppen met roken is geïmplementeerd en dat de betrokken beroepsverenigingen een standpunt en beleid hebben geformuleerd om ervoor te zorgen dat elk kind rookvrij kan opgroeien. Eind 2016 zullen alle beroepsverenigingen hiertoe een concreet deelplan hebben uitgewerkt.

Vraag 279

Op welke termijn worden de concrete behoeften van gemeenten en beschikbare kennis en instrumenten landelijk bijeengebracht in een kennisdelingsprogramma, gecoördineerd door Pharos, in kaart gebracht?

Antwoord 279:

Het kennisdelingsprogramma start nog in 2016. Doel van dit programma is om gedurende de looptijd (tot 1 mei 2018) gemeenten te voorzien van beschikbare kennis en instrumenten. Door interactie tussen gemeenten en Pharos via de regiocoördinatoren worden behoeften van gemeenten en beschikbare instrumenten op elkaar afgestemd.

Vraag 280

Welke concrete activiteiten die de gezondheid van statushouders bevordert worden er genomen?

Antwoord 280:

Gemeenten zijn aan zet om concrete activiteiten in te zetten die bijdragen aan een integrale en lokale aanpak van gezondheidsbevordering van nieuwe statushouders. Deze activiteiten zijn mede afhankelijk van de gezondheidsrisico's van deze groep inwoners en worden in algemene zin beschreven in de door Pharos opgestelde kennissynthesen. Concrete activiteiten die kunnen worden ingezet zijn onder andere: dat kinderen van statushouders zo snel mogelijk een eerste contactmoment hebben met de jeugdgezondheidszorg, preventieve maatregelen gericht op leefstijl, instrumenten en handreikingen om gezondheidsrisico's snel in beeld te krijgen en voorlichting over het Nederlandse zorgsysteem.

Vraag 281

Kan de Minister uitleggen wat de grondslag is van de bezuiniging van bijna 3 miljoen euro in 2007 en 4 miljoen euro in de jaren daarna op de wettelijke taken en beleidsondersteuning door het RIVM?

Antwoord 281:

De afname van het budget is het gevolg van het technisch administratieve karakter van dit instrument. De opdrachtverlening aan het RIVM op het terrein van de wettelijke taken en beleidsondersteuning voor geheel VWS loopt via dit instrument. Budgetten voor additionele opdrachten worden vanuit andere artikelen voor de duur van de projectperiode overgeheveld. Doordat het over het algemeen kortlopende opdrachten betreft neemt het budget voor 2017 en de daaropvolgende jaren af.

Vraag 282

Waaruit bestaat de bezuiniging van 1,5 miljoen euro op de bevordering van kwaliteit en toegankelijkheid in de zorg in 2018?

Antwoord 282:

De afname van het budget voor de bevordering kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in 2018 wordt veroorzaakt doordat het programma «Gezond in...» (Kamerstuk 32 620, nr. 132) tot en met 2017 loopt. In 2017 wordt besloten of dit programma wordt voortgezet.

Vraag 283

Kan de toename van 104.232 in 2017 naar 121.156 in 2018 in de budgettaire gevolgen worden gespecificeerd?

Antwoord 283:

De toename wordt vooral veroorzaakt doordat de middelen voor het programma «Gezond in...» (Kamerstuk 32 620, nr. 132) tot en met 2017 via een decentralisatie uitkering aan de gemeenten beschikbaar worden gesteld. In 2017 wordt besloten of dit programma (€ 15,2 miljoen) wordt voortgezet. Verder zit er een oploop van € 1,6 miljoen in het beschikbare budget voor het faciliteren van Preventiecoalities.

Vraag 284

Waarom wordt het budget voor de bevordering kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in 2018 gehalveerd?

Antwoord 284:

Zie voor het antwoord vraag 282.

Vraag 285

Wat is de bedoeling van de 15,208 miljoen euro per 2018 voor lokaal verbinden?

Antwoord 285:

Deze middelen zijn bestemd voor het huidige programma «Gezond in...» dat is gekoppeld aan de decentralisatie-uitkering GIDS (gezond in de stad). In 2017 besluiten we hoe we daarmee verder gaan en hoe de gelden vanaf 2018 worden ingezet.

Vraag 286

Waarom dalen in de meerjarenraming de subsidies voor preventie van schadelijk middelengebruik (alcohol, drugs en tabak) in 2019 met 0,3 miljoen euro?

Antwoord 286:

De daling in het budget in 2019 is voorzien als gevolg van het feit dat de «Monitor Ambulantisering» voor het laatst in 2018 zal verschijnen.

Vraag 287

Kan in de tabel over de jaren 2015–2021 worden getoond waaraan de subsidies voor preventie van schadelijk middelengebruik (alcohol, drugs en tabak) precies worden besteed?

Antwoord 287:

Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik wordt momenteel voor het grootste deel (85%) besteed aan subsidie aan het Trimbos-instituut. Het Trimbos-instituut betaalt uit zijn subsidiegelden onder meer activiteiten op het gebied van:

- het schoolprogramma De gezonde school en genotmiddelen (alcohol, drugs en tabak) (ca. € 550.000);
- het programma Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen (ca. € 500.000);
- tabaksontmoediging (Nationaal Expertisecentrum Tabak, programma Rookvrij Opgroeien, coördinatiepunt Stoppen met Roken) (ca. € 940.000);

- het Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS) (ca. € 1.000.000);
- de informatielijnen op het gebied van alcohol, drugs en tabak (ca. € 790.000);
- implementatie op lokaal niveau van de NIX18 campagne (ca. € 300.000).

Het budget wordt de komende jaren ook ingezet voor zaken als verbetering van de voorlichting op het gebied van uitgaansdrugs en de GHB-aanpak (ca. € 500.000).

Vraag 288

Welke mogelijkheden ziet u voor nieuwe toetreders die aanspraak willen maken op de subsidie onder beleidsartikel 1, bij het onderdeel bevordering van seksuele gezondheid? Op welke manier kunnen zij een subsidie hiervoor aanvragen en aan welke voorwaarden dient er dan te worden voldaan? Bent u bereid een deel van het niet-juridisch verplichte deel van beleidsartikel (5%) daarvoor in te zetten ter bevordering van de seksuele gezondheid?

Antwoord 288:

Indien nieuwe toetreders van mening zijn dat hun activiteiten passen binnen het beleid van VWS kunnen zij hiervoor subsidie aanvragen. De voorwaarden en aanvraagprocedure staan opgenomen in de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS (<https://www.officiëlebe bekendmakingen.nl/stcrt-2016-7388.html>).

Vraag 289

Onder artikel 1 staat dat voor subsidies ter bevordering van seksuele gezondheid een bedrag is ingeboekt van 2,8 miljoen euro. Op pagina 40 staat echter dat het RIVM subsidies verstrekt op basis van de Kaderregeling VWS-subsidies op het terrein van de seksuele gezondheid (12 miljoen euro). Hoe verhouden deze bedragen zich tot elkaar?

Antwoord 289:

Voor de bevordering van de seksuele gezondheid wordt via het RIVM € 12 miljoen aan subsidies verstrekt en via FIOM € 2,8 miljoen (zie pagina 43 van de begroting).

Vraag 290

Wat houdt onder opdrachten de heroïnebehandeling op medisch voorschrift (3,1 miljoen euro) in?

Antwoord 290:

Dit betreft de opdracht voor de productie en distributie van diacetylmorfine ten behoeve van heroïnebehandeling. Heroïnebehandeling is een farmacotherapeutische behandeling ten behoeve van ernstig en langdurig opiaatverslaafden, die geen of onvoldoende baat hebben gehad bij andere behandelingen.

Vraag 291

Hoe wordt de 1,06 miljoen euro voor communicatie over verhoging van de leeftijdsgrenzen voor alcohol en tabak ingezet, en hoe wordt in de communicatie over tabakspreventie samengewerkt of afgestemd met maatschappelijke partners?

Antwoord 291:

Het genoemde 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 2017 wordt deze aanpak gecontinueerd en het thema schadelijkheid meegenomen in de uitwerking van de campagne.

De campagne is een initiatief van meerdere (maatschappelijke) partijen waaronder de overheid. Deze partijen worden betrokken via een klankbordgroep die jaarlijks bij elkaar komt. Deze klankbordgroep bestaat uit de volgende leden: GGD GHOR, Trimbos Instituut, NOC*NSF, KHN, CBL, Ahold, Stiva, Thuiswinkel.org, KWF Kankerbestrijding, Longfonds, het Ministerie van Veiligheid en Justitie, het Ministerie van Algemene Zaken en de NVWA. De brancheorganisaties van verstrekkers van tabak zijn – met uitzondering van CBL – nadrukkelijk geen lid van de klankbordgroep vanwege artikel 5.3 van het FCTC-Verdrag.

In 2016 is binnen NIX 18 een gerichte social media actie ingezet om roken onder jongeren in het vmbo en mbo tegen te gaan. Dit initiatief is in genoemde klankbordgroep gepresenteerd en besproken. Ook andere communicatietrajecten over tabakspreventie worden afgestemd met maatschappelijke partners als KWF Kankerbestrijding, Longfonds, Hartstichting en de Alliantie Nederland Rookvrij.

Vraag 292

Welke besluit heeft de Minister inmiddels genomen over de voortzetting van het Nationaal Programma Preventie?

Antwoord 292:

Mijn voornemen is Uw Kamer hierover nog voor de begrotingsbehandeling schriftelijk te informeren.

Vraag 293

Kan de Minister een overzicht geven van het aantal preventiecoalities?

Antwoord 293:

Nee. De subsidieregeling voor preventiecoalities start pas in het voorjaar van 2017.

Vraag 294

Wat hebben de zorgverzekeraars in preventie geïnvesteerd in het afgelopen jaar ten opzichte van 2014 en 2015 en wat is het voornemen voor komend jaar? Welk percentage geld gaat naar preventie ten opzichte van besteding aan ziekte en zorg?

Antwoord 294:

Zoals ik u ook in antwoord op begrotingsvraag 8 van vorig jaar heb laten weten, omvat het basispakket van de Zorgverzekeringswet alle activiteiten van zorgaanbieders die zijn gericht op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie in het kader van de behandeling van medische klachten/aandoeningen. Denk bijvoorbeeld aan leefstijladviezen die iemand met (een verhoogde kans op) depressie of diabetes krijgt van zijn huisarts of specialist over leefritme, beweging, voeding, alcoholgebruik. Of aan cholesterol- of bloeddrukverlagers voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten; controles en screeningen van zwangere vrouwen; leefstijladviezen van verloskundigen aan aanstaande moeders; preventieve tandartscontroles voor jongeren; preventieve adviezen en voorlichting van de kraamhulp aan jonge ouders; stoppen met roken; dieetadvisering en maagzuurremmers. Ik heb geen totaalbeeld van de investering in preventie via het basispakket. Dit laat zich niet gemakkelijk onderscheiden van de rest van de behandeling.

Naast de investeringen vanuit het pakket kunnen zorgverzekeraars ook uit eigen middelen preventie stimuleren. Ik heb echter geen zicht op de inzet van eigen financiële middelen.

Vraag 295

Welke drie thematische toekomstverkenningen zullen in 2017 worden gepresenteerd?

Antwoord 295:

In het kader van de VTV2018 zullen de volgende drie thematische toekomstverkenningen in 2017 door het RIVM worden gepresenteerd:

- Zorgvragers van de toekomst
- Volksgezondheid van de toekomst
- Technologie van de toekomst

Vraag 296

Hoe vaak is de tijgermug aangetroffen in 2015 en 2016, en worden de vindplaatsen van de tijgermug openbaar gemaakt en gecommuniceerd met de omwonenden en andere betrokkenen? Zijn er mensen ziek geworden van de tijgermug? Zo ja, hoeveel?

Antwoord 296:

In 2015 zijn bij de handel in Lucky Bamboo-planten twaalf keer tijgermuggen aangetroffen. In dezelfde periode zijn bij inspecties op bedrijven die handelen in gebruikte banden acht keer tijgermuggen gevonden.

In de periode 2016, tot 1 oktober, is zeven maal op bedrijven die handelen in Lucky Bamboo-planten de tijgermug aangetroffen. In vijf van de zeven keer betrof het hetzelfde bedrijf. Daar heeft handhaving plaatsgevonden en het bedrijf is inmiddels gestopt met de import van Lucky Bamboo. Op gebruikte-bandenbedrijven is in die periode tien keer de tijgermug gevonden bij inspecties. Ook werd voor het eerst tijgermuggen aangetroffen op onverwachte locaties, negen maal bij een bedrijf dat tweedehands vrachtwagens verhandelt en achtentwintig keer in een woonwijk in Veenendaal.

Het is over het algemeen de gewoonte om locaties van vondsten van exotische muggen bekend te maken, mits uit het overzicht het niet direct te herleiden is naar de bedrijven of het privéadres waar de tijgermuggen zijn aangetroffen. Dit uit privacy-overwegingen. Voor het overige worden bevestigde vondsten van tijgermuggen vermeld op de website van de NVWA.

Communicatie over vondsten en bestrijding vindt gewoonlijk door de NVWA plaats, in overleg met de gemeente, de GGD en indien nodig ook met het RIVM. Omwonenden, zoals bij de vondsten in Veenendaal het geval is, krijgen daarbij ook advies hoe zelf actief de mogelijke broedplaatsen van de mug schoon te maken en schoon te houden. Dit gaat via een huis-aan-huis bericht waarin ook wordt verwezen naar de NVWA-website met informatie over de Aziatische tijgermug. Met aanvullende vragen kunnen inwoners ook terecht bij de GGD.

Voor zover bekend, zijn er in Nederland geen mensen ziek geworden van tijgermuggen die hier incidenteel zijn geïntroduceerd.

Vraag 297

Hebben mensen geen vertrouwen meer in de griepvaccinatie nu het aantal deelnemers is gedaald naar 52%? Wat betekent deze daling voor het beleid ten aanzien van griepvaccinatie?

Antwoord 297:

Zie het antwoord op vraag 186.

Vraag 298

Wat gaat de Minister doen aan de enorme daling van het aantal mensen dat meedoet aan het Nationaal programma grieppreventie van 73,5 in 2007 naar 52,8 in 2014? Welke gezondheidseffect heeft dit dalende percentage?

Antwoord 298:

Zie het antwoord op vraag 186.

Vraag 299

Waarom wordt in 2017 aan de landelijke bevolkingsonderzoeken borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker circa 3 miljoen euro meer uitgegeven dan in 2016? Aan welk bevolkingsonderzoek wordt het meest en aan welke het minst uitgegeven?

Antwoord 299:

In 2017 verwachten we per saldo circa € 1,0 miljoen meer uit te geven voor de landelijke bevolkingsonderzoeken. Voor baarmoederhalskanker zijn de kosten omlaag gegaan als gevolg van de vernieuwing van het onderzoek. De kosten voor darmkanker en borstkanker zijn toegenomen als gevolg van de toename van het aantal onderzoeken. Het resterende verschil van € 2,0 miljoen ten opzichte van 2016 zit in de reservering voor technologische en demografische ontwikkelingen van deze bevolkingsonderzoeken. Op basis van de macrokadercijfers van het RIVM is voor 2017 een bedrag van € 65,6 miljoen begroot voor borstkanker, € 30,8 miljoen voor baarmoederhalskanker en € 17,9 miljoen voor darmkanker.

Vraag 300

Wat zullen de (financiële) gevolgen van de voorgenomen privatisering van de projectdirectie Alt met ingang van 2017 zijn?

Antwoord 300:

Over de voorgenomen privatisering van Projectdirectie ALT wordt u eind 2016 per brief geïnformeerd.

Vraag 301

Hoeveel van de subsidie van 12,3 miljoen euro voor gezonde voedingskeuze en gezond gewicht is er beschikbaar voor voorlichting over de risico's van suiker op de gezondheid? Kan de subsidie van 12,3 miljoen euro voor gezonde voedingskeuze en gezond gewicht worden gespecificeerd?

Antwoord 301:

De middelen voor gezonde leefstijl en gezond gewicht worden in 2017 ingezet via een aantal programma's. Het Voedingscentrum ontvangt € 3,8 miljoen voor onder andere voorlichting over gezond eten. Stichting Jongeren Op Gezond Gewicht krijgt ongeveer € 4 miljoen subsidie voor de lokale inzet op een gezond gewicht bij de jeugd. Aandacht voor suiker, maar ook bijvoorbeeld het stimuleren van water drinken en groenten eten is bij zowel Voedingscentrum als JOGG integraal onderdeel van de inzet. Voorts is er € 2 miljoen beschikbaar voor Gezonde School (exclusief de inzet vanuit OCW, SZW en EZ hier op) en € 0,6 miljoen voor Gezonde Kinderopvang.

In beide programma's is aandacht voor gezonde voeding. Tot slot vindt er nog voor € 1 miljoen inzet plaats op de totstandkoming van een model voor sluitende ketensamenwerking tussen professionals voor kinderen

met overgewicht en obesitas (Care for Obesity). Het resterende bedrag (€ 0,9 miljoen) wordt ingezet op een programma voor welbevinden in het onderwijs, inzet op gezonde wijken en aandacht voor Gezonde School in pabo-opleidingen. Als gevolg van bovenstaande integrale aanpak kan geen totaalbedrag worden genoemd voor voorlichting over gezondheidsrisico's van specifiek suiker.

Vraag 302

Hoeveel kinderen in Nederland hebben overgewicht en obesitas, en wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 302:

Van de kinderen van 4 tot 20 tot jaar had in 2015 12,1% overgewicht. Van dit percentage had 2,8% van de kinderen ernstig overgewicht (obesitas). Deze informatie is te vinden op de website van het CBS <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81565ned&D1=0-4&D2=a&D3=0-1,5&D4=0&D5=0,10,20,30,33-34&VW=T>

Vraag 303

Zijn er verschillen in regio's waar het overgewicht van kinderen hoog is?

Antwoord 303:

Het percentage kinderen met overgewicht was in 2015 in Nederland het hoogst in landsdeel Noord (16,4%) en het laagst in landsdeel Oost (12,9%). Het percentage kinderen met ernstig overgewicht (obesitas) was het hoogste in landsdeel West met 4,0% en het laagst in landsdeel Zuid met 2,2%. Deze informatie is te vinden op de website van het CBS. <http://jeugdstatline.cbs.nl/Jeugdmonitor/publication/?DM=SLNL&PA=71851NED&D1=0,2,4&D2=9-12&D3=I&VW=T>

Vraag 304

Hoeveel volwassenen hebben overgewicht en obesitas, en wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 304:

Van de volwassenen van 20 jaar en ouder had in 2015 50,3% overgewicht. Van dit percentage had 13,7% van de volwassenen ernstig overgewicht (obesitas). Deze informatie is te vinden op de website van het CBS. <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81565ned&D1=0-4&D2=a&D3=0-1,5&D4=0&D5=0,10,20,30,33-34&VW=T>

Vraag 305

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 kan dat onderzoek worden verwacht, en welke vervolgstappen kunnen (vanuit het ministerie) verwacht worden?

Antwoord 305:

In Nederland zijn verschillende scholen gestart met de Daily Mile. De stichting Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) heeft de uitvoering van The Daily Mile met de partners uit het netwerk op zich genomen. Het staat scholen vrij om deel te nemen aan dit initiatief en het wordt dus niet door het ministerie onderzocht.

Vraag 306

Hoeveel kinderen zijn er structureel gaan sporten naar aanleiding van de sportimpuls?

Antwoord 306:

Het is niet mogelijk aan te geven hoeveel kinderen structureel zijn gaan sporten en bewegen naar aanleiding van enkel de sportimpuls. Dit is ook niet het directe doel van de sportimpuls. Mensen ervaren nog teveel drempels om dichtbij huis te kunnen sporten en bewegen. Het doel van de sportimpuls is om lokaal vraaggericht sport- en beweegaanbod op te zetten.

Wat wel aangegeven kan worden, is hoeveel kinderen bereikt zijn door de sportimpuls. Echter is het nu nog te vroeg om daar antwoord op te geven, omdat een groot deel van de projecten nog loopt.

Nadat een ronde volledig is afgerond volgt er een eindrapportage. In de eindrapportages wordt duidelijk hoeveel kinderen bereikt zijn. De eindrapportages van Kinderen op Sportief gewicht (gestart in 2013) komen begin 2017 uit. De eindrapportages van Jeugd in Lage Inkomensbuurten (gestart in 2014) zullen voor het zomerreces 2017 uitkomen. Ik zal de Kamer informeren over de resultaten.

Vraag 307

Hoeveel kinderen, volwassenen en ouderen voldoen niet aan de Nederlandse norm gezond bewegen? Kunt u hierover uw duiding geven?

Antwoord 307:

In 2015 voldeed in de leeftijdscategorie 4 tot 12 jaar 77% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB-norm), in de categorie 12 tot en met 17 jaar voldeed 74% niet aan de norm, in de categorie 18 tot en met 54 jaar voldeed 50,5% niet aan de norm en in de categorie 55 jaar en ouder voldeed 28,7% niet aan de norm. Verschillen in percentages tussen leeftijdsgroepen kunnen (grotendeels) verklaard worden doordat de eisen voor volwassenen minder streng zijn dan voor jeugd. Voor 55-plussers gelden ook minder strenge voorwaarden dan voor volwassenen tot 55 jaar. In het afgelopen decennium is er een lichte stijging in het percentage van de bevolking dat voldoet aan de NNGB-norm. Momenteel werkt de Gezondheidsraad aan een actualisatie van de beweegnorm.

Vraag 308

In hoeverre wordt er in de voorlichting over gezonde voeding aandacht besteed aan de risico's van teveel suiker?

Antwoord 308:

De voorlichting over voeding wordt gebaseerd op de Richtlijnen Goede Voeding van de Gezondheidsraad. In deze richtlijnen staat welke voedingsmiddelen en -patronen leiden tot gezondheidswinst. Een van de adviezen is zo min mogelijk suikerhoudende dranken te drinken. Zie ook het antwoord op vraag 301.

Vraag 309

Kunt u aangeven hoe het streven dat alle schoolkantines beschikken over een gezond aanbod volgens de richtlijnen van het voedingscentrum terug te zien is in uw budget?

Antwoord 309:

Sinds 2013 stel ik jaarlijks € 1,3 miljoen beschikbaar voor het Programma De Gezonde Schoolkantine van het Voedingscentrum om scholen te motiveren en te ondersteunen bij het realiseren van een gezonde schoolkantine. Binnen het programma De Gezonde Schoolkantine van het Voedingscentrum bezoeken brigadiers van de Gezonde Schoolkantine Brigade schoollocaties de schoollocaties, stellen vervolgens een rapport op en maken voor iedere bezochte locatie een advies op maat voor een

gezond voedingsaanbod op school. Het is vervolgens aan de scholen zelf om ermee aan de slag te gaan. Ze kunnen daarbij wel ondersteuning krijgen van de brigadiers. Intussen zijn alle schoollocaties (meerdere malen) benaderd en in kaart gebracht.

Vraag 310

Kan de Minister aangeven hoe de gemeenten worden geactiveerd om lokale gezondheidsachterstanden structureel aan te pakken, en hoe dit terug te zien is in haar budget?

Antwoord 310:

In de landelijke nota gezondheidsbeleid 2016–2019 (Kamerstuk 32 793, nr. 204) is het thema sociaaleconomische gezondheidsverschillen een belangrijk aandachtspunt. We vragen gemeenten om in hun lokale gezondheidsnota's de integrale aanpak van gezondheidsachterstanden mee te nemen. De nota's en de financiële middelen die de gemeenten daarvoor inzetten worden in de Gemeenteraad vastgesteld.

Om hieraan een tijdelijke extra impuls te geven, ontvangen 164 gemeenten in het kader van de decentralisatie-uitkering Gezond in de stad financiële middelen. Hiervoor is voor 2017 € 20 miljoen beschikbaar via het Gemeentefonds. Hiervan zit € 5 miljoen structureel in het Gemeentefonds en € 15 miljoen is incidenteel. Deze zijn dus niet zichtbaar in VWS-begroting van 2017.

Vanaf 2018 staan de € 15 miljoen op de VWS-begroting (vermeld onder «lokaal verbinden», pag. 39). In het voorjaar van 2017 wordt besloten of deze middelen ook na 2018 naar het Gemeentefonds worden overgeheveld ten behoeve van deze decentralisatieuitkering.

Inhoudelijk worden de gemeenten ondersteund door het Stimuleringsprogramma «Gezond in...». In 2017 is hiervoor € 1,5 miljoen toegevoegd aan de begroting van Pharos (pag. 43). Een extra financiële ondersteuning is beschikbaar om de gezondheidsverschillen in de Veenkoloniën aan te pakken, conform amendement Wolbert (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 43) (pag. 37).

Daarnaast kunnen gemeenten gebruik maken van onder andere het JOGG-programma, het inzetten van buurtsportcoaches en de jeugdgezondheidszorg bij het terugdringen van gezondheidsachterstanden. De subsidieregeling Preventiecoalities biedt nieuwe mogelijkheden voor gemeenten en zorgverzekeraars om op dit gebied samen te werken (pag. 37).

Vraag 311

Wat is de verdeling van de subsidies voor gezonde voedingskeuze over de verschillende programma's?

Antwoord 311:

Zie het antwoord op vraag 301.

Vraag 312

Waarom wordt er bij de subsidie aan FIOM een bedrag genoemd van 0,5 miljoen euro, terwijl het amendement-Voortman ging over een bedrag van 1 miljoen euro (Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 71)? Wordt er nog 0,5 miljoen euro voor FIOM in lijn met het amendement Voortman van in totaal 1 miljoen euro gebudgetteerd? Wordt het resterende bedrag ook ingezet voor de begeleiding van onbedoeld zwangere vrouwen? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 312:

Voor FIOM is in 2018 een subsidie gereserveerd van € 2,1 miljoen waaronder de kennisbank voor onbedoeld zwangeren. Daar bovenop ontvangt FIOM in 2018 een impuls van € 250.000. Tenslotte wordt met de samenwerkende partijen «Rutgers, SoaAidsNL en FIOM» gekeken of en zo ja wat nog nodig is voor de borging van de gezamenlijk ontwikkelde producten.

Zoals wij u hebben toegezegd in respectievelijk het AO Zwangerschapsafbreking d.d. 3 maart en het AO Maatschappelijke ondersteuning d.d. 9 maart 2016 zullen wij u gezamenlijk per brief informeren over de actualisatie van de inzet op onbedoelde zwangerschappen. Deze brief zult u separaat ontvangen voorafgaand aan de begrotingsbehandeling.

Vraag 313

Is er een budget gereserveerd voor keuzehulp en voorlichting aan onbedoeld zwangeren en tienermoeders binnen de reguliere zorg en ondersteuning? Zo ja, kunt u inzicht geven in de hoogte van dit budget, waarop dit budget is gebaseerd en waaraan het budget precies besteed gaat worden?

Antwoord 313:

Waar zorg en ondersteuning betrekking heeft op inzet vanuit gemeenten via de Wmo wordt dit niet als apart budget bijgehouden. Wel geldt voor gemeenten de verplichting in benodigde zorg en ondersteuning krachtens de Wmo 2015 te voorzien.

Daarnaast hebben de abortusklinieken een verantwoordelijkheid om goede voorlichting te geven aan vrouwen die zich bij hen melden met een ongewenste zwangerschap. Abortusklinieken worden voor de zorg die ze bieden vanuit de subsidieregeling abortusklinieken gefinancierd door middel van een tarief per activiteit. Zo zijn er aparte tarieven voor bijvoorbeeld een eerste trimester behandeling en voor een tweede trimesterbehandeling. Ook als er sprake is van een consult waarop geen zwangerschapsafbreking volgt, krijgen de abortusklinieken een apart tarief, zodat voor de kliniek geen financiële prikkel bestaat om al of niet over te gaan tot een behandeling.

Binnen deze tarieven zijn de kosten voor counseling inbegrepen. Er is echter geen vast bedrag geormerkt voor counseling en daarmee ook geen vast budget.

Vraag 314

Waarom is er voor gekozen deze extra impuls aan onbedoeld zwangeren en tienermoeders te laten vervallen in 2019 en de ondersteuning, keuzehulp en voorlichting van onbedoeld zwangeren en tienermoeders onder te brengen in de reguliere zorg en ondersteuning alhoewel het amendement dat deze subsidie heeft gerealiseerd niet spreekt over termijnen?

Antwoord 314:

Zie het antwoord op vraag 312.

Vraag 315

Op welke manier wordt in de toekomst keuzehulp en voorlichting van onbedoeld zwangeren en tienermoeders verankerd in de reguliere zorg en ondersteuning? Hoe is het veld hierbij betrokken?

Antwoord 315:

De keuzehulpverlening is reeds verankerd in de zorg als maatwerk bij gemeenten en als onderdeel van de zorg van huisartsen en abortuskli-

nieken. In de toekomst wordt dat voortgezet. Ondersteuning en kennisverspreiding worden geboden door de kennisinstituten. Het staat allen vrij om – waar nodig of wenselijk – derden in te zetten voor de zorg. Er heeft geen wijziging plaatsgevonden van beleid, daarom zijn partijen niet specifiek geconsulteerd over voortzetting van ongewijzigd beleid.

Vraag 316

Hoeveel middelen zijn in 2018 nog gereserveerd als subsidie voor FIOM voor de landelijke impuls aan onbedoeld zwangeren en tienermoeders?

Antwoord 316:

Zie het antwoord op vraag 312

Vraag 317

Neemt de Minister maatregelen naar aanleiding van het sinds 2012 stijgende percentage rokers van 18 jaar en ouder, zoals te lezen in de kengetallen gezondheidsbevordering?

Antwoord 317:

Ongeveer een kwart van de Nederlanders van 18 jaar en ouder rookt; dit cijfer is onder volwassenen de afgelopen 4 jaar nauwelijks veranderd. Ik beoog het aantal rokers omlaag te brengen en heb daarom sinds 2013 een stevig pakket aan maatregelen genomen. Daarmee beoog ik met name te voorkomen dat jongeren beginnen met roken dan wel blootstaan aan de schadelijke gevolgen van meer roken. Zie voor de betreffende maatregelen en initiatieven de kamerbrieven d.d. 23 april 2015 (Kamerstuk 32 011, nr. 34), 23 december 2015 (Kamerstuk 32 011, nr. 48) en d.d. 29 juni 2016 (Kamerstuk 32 279, nr. 89). Tegelijkertijd stimuleer ik rokers die willen stoppen met roken door de vergoeding voor stoppen met roken in het pakket, met Stoptober en met www.ikstopnu.nl. Onder jongeren is overigens sprake van een dalende trend. Had in 2003 nog 44% van de jongeren tussen de 12 en 16 jaar ooit gerookt, in 2015 is dat gedaald tot 23%.

Ik verwacht dat deze trend doorzet en ook leidt tot een kleinere populatie rokers onder volwassenen.

Vraag 318

Kunt u aangeven hoe het bevorderen van innovatie in de curatieve zorg terugkomt in uw begroting?

Antwoord 318:

Zoals ik ook in antwoord op vraag 240 heb aangegeven vind ik dat er binnen de reguliere bekostiging ruimte moet zijn om vernieuwende zorg te leveren. Naast de integrale tarieven in de ziekenhuiszorg kennen de huisartsenzorg en de wijkverpleging specifieke prestaties, zodat deze zorg vergoed kan worden, als hierover een afspraak is gemaakt met de zorgverzekeraar. Concrete programma's die ik ondersteun vanuit de begroting zijn: Registratie aan de Bron (€ 5 miljoen via Citrienfonds voor de periode 2014–2018), het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (€ 35 miljoen in 2017) en de ontwikkeling van persoonlijke gezondheidsomgevingen (MedMij, € 1 miljoen in 2017). Ook de activiteiten van Nictiz, die mede mogelijk gemaakt worden door een instellingsubsidie (€ 4,5 miljoen in 2017) leveren een belangrijke bijdrage voor betere zorg door betere digitale informatie.

Daarnaast wordt de komende jaren ingezet op het Fast Track initiatief e-health (€ 5 miljoen in 2017). Ook draag ik bij aan het opzetten van Health Impact Bonds (€ 0,2 miljoen in 2017) en wordt er bijgedragen aan de topsector Life Science & Health (€ 1,1 miljoen in 2017). Tot slot is er ook een aantal ziekenhuizen dat extra geld krijgt voor academische zorg.

Het gaat om de acht universitair medische centra (umc's) in Nederland en het Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (NKI-AvL). Deze ziekenhuizen krijgen elk jaar een beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ). De BBAZ is een budget waarmee deze ziekenhuizen hun «top-referente functie» kunnen financieren. Top-referente functie wil zeggen dat het gaat om zeer specialistische zorg die vaak nog ontwikkeld moet worden, zorg die samenhangt met wetenschappelijk onderzoek en die vaak een bijzondere infrastructuur vereist. Dit is geen onderdeel van de tarieven. Daarom is hier een aparte bijdrage voor in het leven geroepen. Voor 2017 is deze bijdrage € 663,1 miljoen.

Vraag 319

Hoe is de rol van de Minister in het stimuleren van initiatieven om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de curatieve zorg te garanderen, of te verbeteren, terug te vinden in haar budget?

Antwoord 319:

De ZvW garandeert betaalbaarheid en toegankelijkheid doordat zorgverzekeraars een acceptatieplicht hebben voor de basisverzekering voor iedereen tegen dezelfde premie in combinatie met een zorgplicht voor al zijn verzekerden. Toegankelijkheid en betaalbaarheid worden verder versterkt door diverse maatregelen, de belangrijkste op de begroting zijn:

- Zorgtoeslag en tegemoetkoming specifieke kosten van begrotingsartikel 8
- Op artikel 2 «Curatieve zorg» het artikelonderdeel 2.2 «Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg staan verschillende instrumenten die het de toegankelijkheid en betaalbaarheid ondersteunen. Ik doel bijvoorbeeld op de Rijksbijdrage Zorgverzekeringsfonds voor financiering van verzekerden 18-, de middelen voor zorgkosten aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen en de subsidies voor bijvoorbeeld de sluitende aanpak personen met verward gedrag, eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden en vertrouwenspersoon in de GGZ.
- Op artikelonderdeel 2.3 «Bevorderen werking van het stelsel» staan ook instrumenten die betrekking hebben op de toegankelijkheid en betaalbaarheid, zoals de subsidie aan de Stichting klachten en geschillen zorgverzekeringen, de uitvoeringskosten van het Zorginstituut Nederland voor de wanbetalers- en onverzekerdenregeling en onderzoeksgelden voor de risico-verevening.

Naast de rol van de Minister bieden gemeenten collectieve verzekeringen aan waarbij lage inkomens de mogelijkheid hebben het eigen risico te herverzekeren. Ook bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen.

Vraag 320

Kan de Minister uitleggen hoe het bevorderen dat verzekerden beschikken over de juiste en begrijpelijke informatie om een keuze te maken voor een zorgverzekering terug te vinden is in haar budget?

Antwoord 320:

Er is veel inzet op dit dossier qua personeel, beleidsontwikkeling en campagnes. Dit gebeurt in samenwerking met andere partijen zoals de NZa, NPCF, zorgverzekeraars en vergelijkingssites. Verder wordt de website rijksoverheid.nl richting het overstapeseizoen verder verbeterd en verduidelijkt om het overstappen te vergemakkelijken. Ook wordt de Zorgverzekeringslijn door VWS gesubsidieerd.

Vraag 321

Hoeveel compensatie is er verstrekt aan zorgaanbieders als gevolg van het verstrekken van zorg aan onverzekerden?

Antwoord 321:

Door de rijksoverheid wordt aan zorgaanbieders geen compensatie verstrekt als gevolg van het verlenen van zorg aan onverzekerden. Immers, het debiteurenrisico van niet betaalde kosten voor het verlenen van zorg door zorgaanbieders aan onverzekerde personen die de rekening niet zelf kunnen betalen behoort tot het bedrijfsrisico van de zorgaanbieder.

Voor zover met deze vraag ook bedoeld wordt op vergoeding van zorg aan onverzekerde illegalen en onverzekerbare vreemdelingen: er is in 2015 € 30,8 miljoen uitgegeven op grond van de regeling van artikel 122a van de Zvw.

Vraag 322

Waaruit bestaan de initiatieven om fraude in de zorg zoveel mogelijk te voorkomen en aan te pakken? Op welke wijze worden deze initiatieven gestimuleerd en geregisseerd?

Antwoord 322:

In het Programma Rechtmatige Zorg wordt door middel van een ketenbrede aanpak gericht op preventie, controle, toezicht en handhaving ingezet op het voorkomen en aanpakken van fouten en fraude in de zorg. Onderdeel van dit programma zijn initiatieven die hier een bijdrage aan leveren. Het gaat hierbij onder andere om de inrichting en doorontwikkeling van het centraal meldpunt zorgfraude bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de verdere ondersteuning van gemeenten bij fraudepreventie en handhaving in het gemeentelijk domein en de vorming en inzet van een pool van onafhankelijk deskundige artsen ten behoeve van mogelijke inzet bij strafrechtelijke onderzoeken.

Daarnaast zijn middelen beschikbaar ter bevordering van initiatieven op het terrein van correct declareren. Initiatieven kunnen worden gestimuleerd door middel van subsidiëring of het verlenen van een opdracht. In diverse overleggen met partijen in de handavingsketen en met branche-partijen worden knelpunten geïnventariseerd en waar mogelijk oplossingsrichtingen in beeld gebracht en wordt regie gevoerd op eventuele aanvullende activiteiten.

Vraag 323

Hoeveel instellingen zijn er de afgelopen 3 jaar nader onderzocht vanwege mogelijke fraude?

Antwoord 323:

Signalen van fraude in de zorgsector kunnen worden onderzocht door in- en extern toezicht van instellingen zelf, door zorgverzekeraars, door toezichthouders en door opsporingsinstanties.

Zorgverzekeraars hebben in 2013 in totaal 1.853 onderzoekswaardige signalen onderzocht. In 2014 waren dit er 1.857 en in 2015 1.045. 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 verwijst ik naar het

antwoord op vraag 456. Deze maatregelen zijn overigens breder dan alleen fraude.

In het antwoord op vraag 324 heb ik aangegeven hoeveel zaken vanuit het Centraal Selectieoverleg Zorg (CSO Zorg) zijn geaccepteerd voor strafrechtelijk onderzoek. Daarbij geldt dat in één strafrechtelijk onderzoek meerdere natuurlijke personen of rechtspersonen als verdachte kunnen worden aangemerkt. Het Openbaar Ministerie registreert niet separaat hoeveel zorginstellingen er in totaal in zorgfraudezaken als verdachte zijn aangemerkt.

Vraag 324

Hoeveel strafrechtelijke onderzoeken naar mogelijke zorgfraude zijn er geweest in de afgelopen 3 jaar?

Antwoord 324:

In de periode van 2013 tot en met 2015 zijn er vanuit het Centraal Selectieoverleg Zorg (CSO Zorg) in totaal 29 nieuwe zaken geaccepteerd voor strafrechtelijk onderzoek. Het is niet bekend welk aantal zorgfraudezaken in deze periode in totaal bij de politie en arrondissementsparketten in behandeling zijn genomen.

Vraag 325

Hoeveel boetes zijn er opgelegd vanwege zorgfraude in 2015?

Antwoord 325:

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2015 twee bestuurlijke boetes opgelegd.

Vraag 326

Wanneer kan de Kamer de «roadmap» geneesmiddelenvisie van de Minister verwachten? Welke maatregelen uit de geneesmiddelenvisie worden in de «roadmap» uitgewerkt?

Antwoord 326:

In januari van dit jaar heb ik de Kamer mijn geneesmiddelenvisie toegestuurd. De geneesmiddelenvisie bestaat uit een groot aantal acties en maatregelen over een breed terrein die er gezamenlijk voor moeten zorgen dat nieuwe dure geneesmiddelen tijdig beschikbaar zijn voor de patiënt tegen aanvaardbare prijzen. Ik stuur uw Kamer nog voor de begrotingsbehandeling begin november de voortgangsbrief visie geneesmiddelen met een roadmap over de stand van zaken van deze acties en maatregelen.

Vraag 327

Wat zijn volgens de Minister de kostencomponenten die een gelijk speelveld verstoren?

Antwoord 327:

De risicoverevening compenseert voor voorspelbare variatie in zorgkosten op basis van leeftijd, geslacht en gezondheid; dit zijn de kostencomponenten die een gelijk speelveld verstoren. Gegeven de acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie zorgt het risicovereveningssysteem hiermee voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars.

In de begroting staat opgenomen dat kostencomponenten die een gelijk speelveld verstoren worden gefinancierd. Hiermee wordt bedoeld dat we het onderzoek naar kostencomponenten, die een gelijk speelveld voor verzekeraars verstoren, financieren.

De risicoverevening is door het uitvoeren van onderzoek steeds verder verbeterd door het toevoegen van nieuwe kenmerken en het verfijnen van bestaande kenmerken. Het model wordt daardoor steeds beter in het voorspellen van de kosten op het niveau van verzekeraars en subgroepen. Ook in 2017 zullen weer diverse onderzoeken worden uitgevoerd met alsdoel om de risicoverevening in de toekomst verder te verbeteren.

Vraag 328

Kan de Minister specificeren hoeveel middelen in welke fasering beschikbaar zijn voor het ontwikkelen van alternatieve businessmodellen voor de ontwikkeling van geneesmiddelen, en hoe deze middelen worden ingezet?

Antwoord 328:

Zie het antwoord op vraag 330

Vraag 329

Wat is het huidige aantal wanbetalers in de Zorgverzekeringswet, en hoe verhoudt dit zich ten opzichte van het ziekenfonds?

Antwoord 329:

Op 1 augustus 2016 waren er 290.519 wanbetalers aangemeld bij Zorginstituut Nederland. Dit is 2,2% van de circa 13,5 miljoen verzekerden boven de 18 jaar. In reactie op vragen van het lid Kant (SP) over het aantal wanbetalers in de zorg (TK 2006–2007 Aanhangsel van de Handelingen, nr. 1219) is door de toenmalige Minister van VWS aangegeven dat ten tijde van de ziekenfondsverzekering het aantal wanbetalers zich bewoog tussen de 2 en 3 procent.

Vraag 330

Kunt u aangeven of, en zo ja op welke wijze, stakeholders worden betrokken bij het ontwikkelen van alternatieve businessmodellen voor de ontwikkeling van geneesmiddelen? Wordt bij de ontwikkeling van de alternatieve businessmodellen voor de ontwikkeling van geneesmiddelen ook rekening gehouden met het maatschappelijke dilemma van toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen? Op welke wijze wordt de zienswijze van stakeholders hierin meegenomen? Hoeveel middelen zijn beschikbaar voor het ontwikkelen van alternatieve businessmodellen voor de ontwikkeling van geneesmiddelen, en hoe worden deze middelen ingezet?

Antwoord 330:

In mijn brief aan uw Kamer (Kamerstuk 29 477, nr. 396) heb ik u geïnformeerd over de subsidie aan de stichting Fair Medicine voor de komende vijf jaar (€ 2,8 miljoen voor haar niet-economische activiteiten).

In de periode 2017–2021 heb ik voor overige initiatieven op dit terrein een bedrag van € 6,8 miljoen beschikbaar. Ik beraad mij op dit moment nog op welke wijze ik verdere stimulering van alternatieve businessmodellen vorm zal geven.

Randvoorwaarde om tot subsidiëring van een alternatief businessmodel over te gaan is dat dergelijk initiatieven uiteindelijk moet kunnen leiden tot lagere prijzen van geneesmiddelen of een betere toegankelijkheid van de geneesmiddelenvoorziening.

Daarnaast heb ik eerder dit jaar de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) om advies gevraagd over alternatieve ontwikkelmodellen voor geneesmiddelen. Ik heb u daarover geïnformeerd met de brief

Kamerstuk 29 477, nr. 367. De RVS raadpleegt relevante partijen bij de beantwoording van deze adviesvraag.

Vraag 331

In welke mate komt off-label voorschrijven van geneesmiddelen in euro's voor? Kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen intramuraal en extramuraal voorschrijven van deze geneesmiddelen?

Antwoord 331:

Zie het antwoord op vraag 332.

Vraag 332

Welke tien geneesmiddelen worden het meest voorgeschreven voor off-label gebruik?

Antwoord 332:

Er zijn geen exacte gegevens over de mate waarin off-label gebruik van geneesmiddelen voorkomt of welke geneesmiddelen het meest off-label worden voorgeschreven. In de bestaande situatie wordt de koppeling tussen een voorgeschreven geneesmiddel en de indicatie namelijk niet dusdanig vastgelegd dat het op macroniveau uit de systemen te halen is. Mede omdat er geen exacte cijfers bekend zijn, doet het RIVM onderzoek naar het off-label gebruik van geneesmiddelen. Zij maken hierbij ook een inventarisatie van mogelijke problemen bij off-label gebruik van geneesmiddelen. Aangezien samenwerking met het veld ook bij dit onderzoek van belang is, organiseert het RIVM met de partners uit de geneesmiddelenketen begin 2017 een bijeenkomst met alle betrokken partijen. Ik zal u van het onderzoek en vervolgstapen op de hoogte houden.

Vraag 333

Waarop focust de horizon scan zich? Betreft dat alleen specialistische geneesmiddelen of worden hierin ook extramuraal geneesmiddelen meegenomen? Wat is daarbij de beleidsmatige onderbouwing?

Antwoord 333:

De horizon scan richt zich op het faciliteren van veldpartijen om ten aanzien van de zorg met dure geneesmiddelen 1) hun inkoop beter te kunnen organiseren; 2) duidelijke afspraken te kunnen maken over de inzet van geneesmiddelen; en 3) tijdig de organisatie van de benodigde zorg en de financiering hiervan op te pakken. Tevens kan de scan worden gebruikt door het Zorginstituut en het Ministerie van VWS voor de identificatie van nieuwe geneesmiddelen met een grote financiële impact teneinde te kunnen adviseren / besluiten over de inzet van een financieel arrangement en de «sluis».

De horizon scan richt zich zowel op extramuraal geneesmiddelen als op intramuraal geneesmiddelen. De focus ligt voornamelijk op innovatieve (dure) geneesmiddelen die binnen een termijn van 2 jaar op de markt komen. Er wordt naar gestreefd de horizon scan in de toekomst uit te breiden met informatie over verwachte alternatieven (waaronder biosimilars) en patentverloop.

Vraag 334

Worden ook ontwikkelingen binnen diagnostiek meegenomen in de horizon scan?

Antwoord 334:

Op dit moment is de horizon scan gericht op het bijhouden van ontwikkelingen met betrekking tot (dure) geneesmiddelen, zowel voor extramuraal als voor intramuraal (specialistische) geneesmiddelen.

Vraag 335

Wanneer wordt naar verwachting de zogenoemde «sluis» als maatregel ingevoerd in de Zorgverzekeringswet? Wat is de netto besparing van een «sluis» voor dure geneesmiddelen in de Zorgverzekeringswet?

Antwoord 335:

In de Geneesmiddelenvisie (Kamerstuk 29 477, nr. 358) is aangekondigd dat de wettelijke verankering van de «sluis» in 2016 verder zal worden vormgegeven. In de brief «Stand van zaken moties en toezeggingen zomer 2016» (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 168) heeft de Minister van VWS de verwachting uitgesproken dat in het najaar van 2016 de algemene maatregel van bestuur waarmee de «sluis» wordt verankerd in de regelgeving onder de Zvw, aan uw Kamer wordt aangeboden in het kader van de voorhang.

De algemene maatregel van bestuur wordt op dit moment geconsulteerd bij verschillende partijen, zoals zorgverzekeraars, beroepsgroepen, patiëntenorganisaties, geneesmiddelenfabrikanten en zorgaanbieders. Na verwerking van de reacties van de partijen zal de algemene maatregel van bestuur gereed worden gemaakt voor toezending naar uw Kamer. Het is nog steeds de verwachting dat het conceptbesluit nog dit kalenderjaar aan de Kamer kan worden toegezonden. De planning is er op gericht om de algemene maatregel van bestuur per 1 juli 2017 in werking te laten treden.

Vooruitlopend op de verankering van de sluis kunnen al geneesmiddelen van het basispakket van de zorgverzekering worden uitgezonderd indien deze geneesmiddelen grote financiële risico's met zich meebrengen. De sluis is in 2015 voor het eerst toegepast (Kamerstuk 29 477, nr 343). In de brief van 7 april 2016 (TK 29 477, nr. 371) is uw Kamer reeds geïnformeerd over de volgende vier kandidaten voor de sluis.

De sluis biedt de mogelijkheid om voorafgaand aan eventuele instroom in het basispakket maatregelen te treffen voor gepast gebruik van het geneesmiddel of voor het afdekken van de financiële risico's (financieel arrangement). Dit heeft als doel deze dure geneesmiddelen op doelmatige en betaalbare wijze duurzaam toegankelijk te maken voor patiënten en artsen. De netto besparing van een sluis hangt af van de inhoud van genoemde maatregelen. Daarnaast geldt voor financiële arrangementen dat de relatieve en absolute besparing afhangt van de omvang van het daadwerkelijke gebruik van het geneesmiddel. Uw Kamer is eerder op geaggregeerd niveau geïnformeerd over de uiteindelijk gerealiseerde (in 2014) en potentiële uitgavenverlagingen (in 2015–2018) als gevolg van de financiële arrangementen (Kamerstuk 29 477, nr. 386).

Vraag 336

Op welke wijze kan de expertise van het platform inkoop dure geneesmiddelen ook voor andere dure behandelingen (da vinci robot, protonen therapie, etc.) worden ingezet?

Antwoord 336:

Het expertise platform is gericht op geneesmiddelen. Ik vind het belangrijk om met het platform expertise inkoop dure geneesmiddelen de expertise die wordt opgedaan bij de inkoop van dure geneesmiddelen te delen. Uiteraard kunnen partijen de kennis en ervaring die binnen het platform wordt opgedaan ook gebruiken op andere terreinen dan de dure geneesmiddelen.

Vraag 337

Kan de sluis ook worden ingezet voor niet-farmaceutische maar wel dure nieuwe behandelingen of operaties?

Antwoord 337:

Nee, dat is niet mogelijk. De sluis ziet alleen op de zeer dure geneesmiddelen binnen de medisch-specialistische zorg waar fabrikanten van geneesmiddelen zeer hoge prijzen voor vragen. De sluis maakt het mogelijk voor het Bureau Financiële Arrangementen van het Ministerie van VWS om met de fabrikanten over de prijzen van de geneesmiddelen te onderhandelen, zodat de grootste financiële risico's kunnen worden weggenomen. Bij andere vormen van zorg worden deze onderhandelingen niet gevoerd.

Vraag 338

Waaruit bestaan de hogere eisen die in Europees verband aan de veiligheid en kwaliteit van hulpmiddelen worden gesteld?

Antwoord 338:

De nieuwe regels borgen de veiligheid door strengere regels voor het in de handel brengen van medische hulpmiddelen en verscherpt toezicht op de producten nadat zij in de handel zijn gebracht.

Belangrijke verbeteringen zijn:

- De eisen voor de aangewezen instanties die verantwoordelijk zijn voor de markttoelating worden veel strikter
- Marktpartijen krijgen duidelijke verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld voor het toezicht na de markttoelating, aansprakelijkheid, maar ook voor registratie van klachten over hulpmiddelen.
- Strengere eisen aan het klinisch onderzoek, meer klinische expertise in het systeem en meer aandacht voor de bescherming van proefpersonen die deelnemen aan een klinisch onderzoek;
- Voor bepaalde hoog-risico medische hulpmiddelen, zoals implantaten, kan voordat de producten op de markt worden toegelaten een extra controle door experts plaatsvinden.
- Tot slot wordt de transparantie en de traceerbaarheid enorm verbeterd door de opzet van een systeem van unieke identificatienummers (barcodering) en een centrale database.

Vraag 339

Welke bedragen zijn gemoeid in de jaren 2017–2013 als het gaat om nieuwe middelen die ter beschikking worden gesteld aan ZonMw voor diagnostisch onderzoek om nieuwe methoden te implementeren die sneller en nauwkeuriger de juiste middelen voor de juiste patiënt selecteren?

Antwoord 339:

Ik heb voor de periode tot en met het jaar 2022 een bedrag van € 10 miljoen beschikbaar voor het faciliteren van diagnostische ontwikkeling. (zie ook mijn antwoord op vraag 250).

Daarnaast is er binnen ZonMw programma Goed Gebruik Geneesmiddelen het deelprogramma Personalised Medicine. Voor de periode van 2015–2019 is hier € 7 miljoen beschikbaar. Vanuit VWS wordt € 3 miljoen aan dit programma bijgedragen, KWF en ZilverenKruis-Achmea hebben de resterende € 4 miljoen beschikbaar gesteld.

Het onderzoeksprogramma levert een structurele bijdrage aan de zorgverlening van de toekomst, waarin iedere patiënt kan rekenen op een therapie die voor hem/haar op maat is gemaakt. Het programma heeft als doel het waarborgen van een doelmatige implementatie van Personalised Medicine in de Nederlandse gezondheidszorg.

Ik verwacht dat deze programma's een impuls geven aan de ontwikkeling van diagnostiek en onderzoek naar biomarkers. Het extra bedrag dat kon worden vrijgemaakt binnen de VWS begroting zal niet voldoende zijn om alle diagnostische ontwikkelingen die er nu zijn te financieren. Met het extra programma beoogt VWS wel om juist die diagnostische methoden te stimuleren die een belangrijke praktische bijdrage kunnen leveren in de klinische toepassing. Ik heb aan ZonMw een programma voorstel gevraagd om met het budget wat nu beschikbaar is een maximale impact te behalen.

Vraag 340

Is een bedrag van 10 miljoen euro voor een periode van vijf jaar voor het faciliteren van diagnostische ontwikkeling voldoende om daadwerkelijk meer biomarkers te kunnen gebruiken en ontwikkelen? Op welke berekening is dit bedrag gebaseerd?

Antwoord 340:

Zie mijn antwoord op vraag 339.

Vraag 341

Het RIVM zal vaker producten aan een onderzoek onderwerpen. Is het mogelijk om het begrip «vaker» te definiëren? Aan hoeveel onderzoeken wordt gedacht en hoe verhoudt dit zich tot de hoeveelheid medische hulpmiddelen die worden voorgeschreven?

Antwoord 341:

Het toekomstige nationale en Europese toezicht op de markt dient vormgegeven te worden op basis van de nieuwe Europese regelgeving voor de markttoelating van medische hulpmiddelen. De nieuwe regelgeving zal naar verwachting in 2020 van toepassing worden. Door de komst van expertlaboratoria in de EU zal er vaker productonderzoek gedaan gaan worden, echter het is op dit moment niet in te schatten hoe vaak dit zal zijn binnen het Europese en nationale toezicht.

In de tussentijd zal Nederland, al dan niet samen met inspecties uit andere lidstaten, productonderzoek laten verrichten door het RIVM indien het markttoezicht daartoe aanleiding geeft. Daarnaast wil de IGZ jaarlijks onderzoek laten doen naar een hoog-risico hulpmiddel door het RIVM. De afgelopen periode heeft het RIVM verschillende onderzoeken gedaan naar medische hulpmiddelen zowel reactief als proactief. Voorbeelden van deze onderzoeken zijn de onderzoeken naar borstimplantaten, Terumo-naalden, bekkenbodematjes, de Essure sterilisatiemethode en de bloedglucosemeters.

Vraag 342

Is meer inzicht te geven welke thema's of onderwerpen onderdeel uit gaan maken van het GGZ-onderzoeksprogramma? Maakt de duur en effectiviteit van behandelmethodieken onderdeel uit van dit onderzoek?

Antwoord 342:

Het onderzoeksprogramma voor de ggz is gericht op vroegherkenning en vroege start van de behandeling, op gepersonaliseerde zorg en omvat daarnaast implementatie- en praktijkprojecten. Belangrijke doelen van het programma zijn het voorkomen van escalatie van problemen, het voorkomen van onnodig chronisch worden van een aandoening, en daarmee gepaard gaande lange behandeltrajecten, en het versterken van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. De implementatieprojecten zijn bedoeld om de implementatie van gepaste zorg in de praktijk te versnellen. De eerste implementatieprojecten gaan in december van start. De eerste fellowships kunnen in februari 2017 beginnen. Ik zal blijven

letten op een goede balans tussen korte termijn onderzoek en lange termijn onderzoek, zodat het programma zo snel mogelijk kan bijdragen aan het vergroten van gepast gebruik in de dagelijkse praktijk.

Vraag 343

Is er binnen het budget van het onderzoeksprogramma nog ruimte om nieuwe thema's toe te voegen? Is er ruimte om nader onderzoek te doen naar het verschil in overlevingskans tussen vrouwen en mannen na een hartstilstand, en door een landelijke monitoring de effecten van een tijdige/adequate reanimatie in beeld te brengen?

Antwoord 343:

De aan ZonMw verleende opdracht is breed gedefinieerd. De eerste ronde van het onderzoeksprogramma, de Kennissyntheseronde, is reeds afgesloten. Er is derhalve geen ruimte meer om aan deze ronde nieuwe thema's toe te voegen.

Het is aan de programmacommissie van het programma «Gender en Gezondheid» om te beoordelen of de genoemde onderwerpen passen in de nog te starten rondes van het onderzoeksprogramma zoals:

- de Algemene onderzoeksrunde;
- de Themagerichte rondes;
- de Ronde voor aanvullend onderzoek.

Daarbij zal de wetenschappelijke kwaliteit en de prioritering ten opzichte van andere ingediende onderzoeksvoorstellen bepalend zijn of honorering volgt.

Vraag 344

Hoe ziet de precieze verdeling van de 450.000 euro voor inloophuizen voor kankerpatiënten eruit?

Antwoord 344:

Stichting Inloophuizen en Psycho-oncologische centra Samenwerking en Ondersteuning (IPSO) heeft een driejarige projectsubsidie ontvangen. Gedurende de looptijd is jaarlijks € 290.000 bedoeld voor de ontwikkeling van regionale netwerken waarin alle betrokken partijen in een regio, inclusief informele zorg, worden samengebracht en samenwerking wordt bevorderd. Daarnaast is jaarlijks € 140.000 bedoeld voor de doorontwikkeling en borging van het kwaliteitsbeleid van inloophuizen en psycho-oncologische centra. Er resteert nog een kleine post (€ 20.000) onvoorzien.

Vraag 345

Kan de Minister specificeren waar de middelen voor het uitvoeren van de geneesmiddelenvisie aan worden besteed?

Antwoord 345:

De middelen voor het uitvoeren van de geneesmiddelenvisie worden aan verschillende trajecten besteed. Het betreft hier onder andere:

- Het doorontwikkelen van de horizonscan naar de horizonscan+ en het structureel beleggen van het beheer van deze horizonscan+.
- Vervolgonderzoek naar het herberekenen van het geneesmiddelenvergoedingensysteem.
- Opzet en inrichting platform nationale inkoop.
- Het structureel vormgeven van de sluis.
- Het creëren van inzicht in voorschrijfgedrag van dure geneesmiddelen.
- Het verkrijgen van eerder inzicht in realisatiecijfers dure geneesmiddelen.

De nadere onderverdeling van de middelen wordt met de verdere uitwerking van de verschillende trajecten steeds preciezer ingevuld.

Vraag 346

Op welke wijze wordt uit dit bedrag de familievertrouwenspersoon gefinancierd? In hoeverre is het amendement bij de begroting 2016 hierin verwerkt om voor 2017 € 300.000 extra aan het budget toe te voegen?

Antwoord 346:

Financiering van de familievertrouwenspersonen vindt plaats door middel van cofinanciering: de instellingssubsidie van VWS aan de Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP) van € 1.114.877 en door de GGZ-instellingen zelf. Uitvoering is gegeven aan het amendement van het Kamerlid De Lange (VVD) door een projectsubsidie te verlenen aan de LSFVP voor een periode van 2 jaar (€ 300.000 per jaar). De projectsubsidie is in de budgettaire tabel opgenomen onder overig.

De LSFVP zal gedurende de projectperiode samen met gemeenten en relevante andere partijen het familievertrouwenswerk binnen het sociaal domein verder ontwikkelen, een landelijk dekkend netwerk opbouwen en de transitie maken naar een meer ambulante werkwijze.

Vraag 347

Waarvoor worden de middelen voor het uitvoeren van de geneesmiddelenvisie (2 miljoen euro in 2017 en 2,7 miljoen vanaf 2018) besteed? Waarvoor is de 1 miljoen euro voor nog niet juridisch verplichte middelen voor de geneesmiddelenvisie bestemd?

Antwoord 347:

Zie het antwoord op vraag 256 en 345.

Vraag 348

Welke aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en geboorte zijn uitgevoerd, en welke nog niet? Wanneer zijn de nog niet uitgevoerde aanbevelingen gereed? In hoeverre is de regering tevreden over de voortgang van de invoering van de aanbeveling, die al in 2010 gedaan zijn?

Antwoord 348:

Partijen in de geboortezorg hebben op alle aanbevelingen van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte actie ondernomen. Met mijn brieven over zwangerschap en geboorte houd ik u van de belangrijkste ontwikkelingen op de hoogte. Ik ben tevreden over de tot nu toe bereikte verbeteringen maar ik ben pas echt tevreden als de vermijdbare babysterfte en morbiditeit verder is afgenomen en Nederland zich internationaal kan meten met de beste landen. Ik waardeer de inspanningen van alle betrokkenen om daar te komen.

Vraag 349

Naar welk concreet resultaat wordt met deze middelen gewerkt? Wat is het beeld van de elektronische gegevensuitwisseling tussen ziekenhuizen, andere zorgverleners en de patiënt in 2019? Is dan voor iedereen die dat wil alles elektronisch beschikbaar en uit te wisselen?

Antwoord 349:

Het primaire doel is dat de informatie voor iedere patiënt beschikbaar en bruikbaar is, zodat hij of zij de informatie uit het ziekenhuis kan inzetten voor zelfzorg, kan aanvullen en corrigeren en kan delen met andere zorgverleners. Wanneer de patiënt daar toestemming voor geeft mag de zorgverlener gegevens ook beschikbaar stellen via een elektronisch uitwisselingssysteem. Andere zorgaanbieders kunnen deze informatie in het kader van de behandelrelatie raadplegen.

Vraag 350

Op welke wijze wordt getracht alle relevante partijen in de psychosociale zorg en oncologische zorgketen in de regio samen te brengen en de formele en informele zorg af te stemmen?

Antwoord 350:

In de werkgroep psychosociale zorg bij ingrijpende aandoeningen, die de Minister heeft ingesteld, zijn alle relevante partijen, van formele en informele zorg, aangesloten. Deze partijen zoeken samen naar oplossingen voor de ervaren knelpunten in de organisatie en financiering van deze zorg. De kennisuitwisseling en afspraken tussen partijen op landelijk niveau zal bijdragen aan samenwerking en afstemming op regionaal niveau. Primair is dat echter aan de partijen zelf, passend bij de regionale situatie. Bevordering van de regionale samenwerking wordt door VWS gestimuleerd via een projectsubsidie aan stichting IPSO, zie ook het antwoord op vraag 344.

Vraag 351

Welke universiteiten zijn aangesloten bij het OncoXL, en in hoeverre vindt dit nieuwe instituut aansluiting bij de bestaande oncologie-netwerken?

Antwoord 351:

OncoXL wordt een virtueel instituut waarin de onderzoeksgroepen, fysiek gevestigd in verschillende bestaande Nederlandse onderzoeksinstellingen, samenwerken volgens één strategie. De onderzoekers blijven dus fysiek werken binnen hun «eigen» instelling. OncoXL zal met deze instellingen langdurige overeenkomsten sluiten met duidelijke afspraken, die een win/win-situatie creëren voor het onderzoeksinstituut, de betrokken instituten en het bredere wetenschappelijke en industriële veld in Nederland met het doel om betere behandelingen voor kankerpatiënten te ontwikkelen.

Het gaat om de volgende instellingen: Het NKI, Hubrecht instituut, UMCU, Erasmus MC, LUMC, AMC, Radboud MC en Radboud universiteit.

Vraag 352

Voor hoeveel jaar bent u van plan een bijdrage van 2 miljoen euro te leveren aan het OncoXL?

Antwoord 352:

Ik zal naar verwachting eind oktober a.s. beschikken over het integrale plan van OncoXL. Ik hoop spoedig daarna, in afstemming met de andere financiers, een beslissing te kunnen nemen over mijn bijdrage van € 2 miljoen per jaar voor de komende 5 jaar. Over de volgende 5 jaar zal pas na evaluatie worden besloten.

Vraag 353

Wat zijn de totale kosten voor de aanpak personen met verward gedrag voor de periode 2016–2021? Hoe is per 2017 het vervoer van verwarde personen geregeld, aangezien de politie heeft aangegeven dit vanaf 2017 niet meer te doen? Hoe wordt in 2017 de zes miljoen euro voor het vervoer van verwarde personen besteed? Hoe komt dat in de juiste regio's terecht?

Antwoord 353:

De begrote kosten voor de ondersteuning van verwarde personen zijn als volgt:

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ev
<i>Begroting</i>							
Subsidieregeling verwarde personen	1,5	12	12	12	12	12	12
Projecten gemeenten (ZonMW)	0	6	12	12	12	6	0
Overig	0	2	2	2	2	2	2
<i>Premie</i>							
Psycholances/ vervoer	0	6	6	6	6	6	6
Nominaal en onverdeeld		0	3	6	2,5	4	10
Totaal	1,5	26	35	38	34,5	30	30

Jaarlijks is € 6 miljoen (extra) aan premiemiddelen beschikbaar voor het vervoer van verwarde personen. Ik vraag de elf regio's voor acute zorg op korte termijn een plan te maken voor het vervoer van verwarde personen. Het plan moet in overleg met verzekeraars gemaakt worden. Op basis van het plan kunnen de aanbieders van ambulancezorg en de zorgverzekeraars in de verschillende regio's contractuele afspraken maken en deze vanaf 2017 financieren uit de beschikbare premiemiddelen. Daarnaast zijn er bij ZonMw middelen beschikbaar voor innovatieve projecten.

Vraag 354

Wat zijn volgens de Minister de gewenste gebieden waarvoor aan de KNMP een stimuleringsprogramma voor competentieontwikkeling wordt georganiseerd?

Antwoord 354:

Met de KNMP is afgesproken dat de inhoud van de nascholing in het kader van het Stimuleringsprogramma Competentieontwikkeling Openbaar apothekers (StiPCO), zich voor minimaal 60% richt op een of meerdere van de volgende 4 CanMEDS⁸ competenties: Farmaceutisch handelen, Communicatie, Samenwerking en Organisatie. Voor meer informatie zie <https://www.knmp.nl/professie/stipco/stimuleringsprogramma-competentieontwikkeling/comptenties-leerdoelen-stipco>.

Vraag 355

Zal het doelmatigheidsprogramma bij ZonMW ook zorgen voor een doelmatigheidsonderzoek naar de mond- en tandzorg? Zo nee, is de Minister bereid daar middelen voor vrij te maken?

Antwoord 355:

Het ZonMw programma DoelmatigheidsOnderzoek biedt ruimte voor doelmatigheidsonderzoek naar de mond- en tandzorg interventies die al deel uitmaken van het basispakket zorgverzekering of daar naar verwachting deel van gaan uitmaken.

Vraag 356

Hoeveel specialisten hebben tot nu toe gebruik gemaakt van de subsidieregeling overgang integrale tarieven? Wat was de leeftijd van deze specialisten? Wat is het oordeel over deze subsidieregeling?

⁸ CanMEDS: Canadian Medical Education Directives for Specialists. Door de Royal College of Physicians and Surgeons of Canada vastgesteld model van competentiegebieden voor medisch specialisten. De masteropleidingen farmacie en de specialisatieopleidingen voor openbaar apotheker en voor ziekenhuisapotheker maken ook van dit model gebruik of gaan hiervan gebruik maken. (www.royalcollege.ca)

Antwoord 356:

Sinds de invoering van deze subsidieregeling in 2015 hebben 463 specialisten ervan gebruik gemaakt. Gemiddeld zijn deze specialisten thans 52 jaar oud. De subsidieregeling blijkt te voorzien in een behoefte. Ik vind het belangrijk dat gelijkgerichtheid van ziekenhuizen en specialisten wordt bevorderd. De subsidieregeling overgang integrale tarieven die de overgang naar loondienst faciliteert heeft hieraan bijgedragen.

Vraag 357

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

Antwoord 357:

Zoals in antwoord op vraag 329 is aangegeven, bedraagt het aantal wanbetalers aangemeld bij het Zorginstituut 290.519. Dit aantal wanbetalers is verplicht de bestuursrechtelijke premie te betalen.

Vraag 358

Nieuw in 2017 zijn de kosten voor het opzetten en uitvoeren van een gegevensuitwisseling met zorgverzekeraars van personen die ingevolge de Zorgverzekeringswet verzekerd zijn, maar geen grondslag hebben voor verzekering ingevolge de Wet langdurige zorg. Dit zijn mogelijk ten onrechte verzekerde personen. Wie zijn deze personen? In wat voor concrete situaties zijn ze ten onrechte verzekerd?

Antwoord 358:

Volgens een voorlopige indicatie die is verstrekt door de Sociale Verzekeringsbank gaat het om in totaal zo'n 95.000 personen die niet Wlz-verzekerd zijn, maar wel voorkomen in het verzekerdenbestand van zorgverzekeraars.

Daarbij gaat het onder meer om personen die:

- wonen in het buitenland;
- met onbekende bestemming vertrokken zijn uit Nederland;
- uitsluitend in Nederland zijn om te studeren;
- werkzaam zijn buiten Nederland.

Vraag 359

Kunt u de Kamer een recent overzicht doen toekomen met alle bezuinigingen op de langdurige zorg (Wlz, Wmo en jeugdzorg)?

Antwoord 359:

Zie het antwoord op vraag 573.

Vraag 360

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 360:

Op de site Zorginstituut wachtlijst-informatie publiceert het Zorginstituut maandelijks de stand van de wachtlijst op locatieniveau. Voor de sector intramurale ouderenzorg zijn de volgende overzichten beschikbaar:

- Actief wachtend, binnen de treeknorm; geen (overbruggings)zorg.
- Actief wachtend, binnen de treeknorm; met (overbruggings)zorg.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm; geen (overbruggings)zorg.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm met (overbruggings)zorg.
- Niet-actief wachtend, geen (overbruggings)zorg.
- Niet-actief wachtend, met (overbruggings)zorg.

Vraag 361

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 361:

Op de site Zorginstituut wachtlijstinformatie publiceert het Zorginstituut maandelijks de stand van de wachtlijst op locatieniveau. Voor de sector intramurale gehandicaptenzorg zijn de volgende overzichten beschikbaar:

- Actief wachtend, binnen de treeknorm; geen (overbruggings)zorg.
- Actief wachtend, binnen de treeknorm; met (overbruggings)zorg.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm; geen (overbruggings)zorg.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm met (overbruggings)zorg.
- Niet-actief wachtend, geen (overbruggings)zorg.
- Niet-actief wachtend, met (overbruggings)zorg.

Vraag 362

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 362:

Op de site Zorginstituut wachtlijstinformatie publiceert het Zorginstituut maandelijks de stand van de wachtlijst op locatieniveau. Voor de sector intramurale geestelijke gezondheidszorg zijn de volgende overzichten beschikbaar:

- Actief wachtend, binnen de treeknorm; geen (overbruggings)zorg.
- Actief wachtend, binnen de treeknorm; met (overbruggings)zorg.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm; geen (overbruggings)zorg.
- Actief wachtend, buiten de treeknorm met (overbruggings)zorg.
- Niet-actief wachtend, geen (overbruggings)zorg.
- Niet-actief wachtend, met (overbruggings)zorg.

Vraag 363

Hoeveel mensen staan op een wachtlijst voor zorg thuis, wat is de gemiddelde wachttijd, en wat zijn de minimum- en maximumwachttijden?

Antwoord 363:

Op de site Zorginstituut wachtlijstinformatie publiceert het Zorginstituut maandelijks de stand van de wachtlijst voor alle sectoren. In de rapportage van 1 juli 2016 staan 102 personen op de wachtlijst voor verpleging en verzorging thuis (extramuraal). Hiervan zijn 7 personen actief wachtend en 95 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 (overbruggings)zorg	-	4	1	0	0	5	
Actief wachtend, met (overbruggings)zorg	-	0	2	0	0	2	
Niet-actief wachtend, geen (overbruggings)zorg	48	10	9	9	4	80	
Niet-actief wachtend, met (overbruggings)zorg	3	4	6	1	1	15	

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 364

Hoe zien de wachtlijsten eruit in de Wlz, uitgesplitst naar de afzonderlijke sectoren?

Antwoord 364:

Ik verwijs voor het antwoord op deze vraag naar de site Zorginstituut wachtlijstinformatie. Daar publiceert het Zorginstituut maandelijks de wachtlijst voor alle sectoren van de langdurige zorg.

Vraag 365

Hoe zien de wachtlijsten eruit bij zorginstellingen die gefinancierd worden vanuit de Zorgverzekeringswet, inclusief de ggz?

Antwoord 365:

In de marktscan Medisch Specialistische Zorg van 18 november 2015 (Kamerstuk 29 248, nr. 280) is de Kamer geïnformeerd over de wachttijdontwikkeling van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. De komende marktscan Medisch Specialistische Zorg wordt naar verwachting rond de jaarwisseling gepubliceerd.

In het Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) van 19 september 2016 (Kamerstuk 25 424, nr. 319) is de Kamer geïnformeerd over wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg.

Ook in de brief van 28 juni 2016 (Kamerstuk 25 424, nr. 319) is de Kamer hierover geïnformeerd.

Vraag 366

Zijn er wachtlijsten bij jeugdinstanties? Zo ja, wat is de omvang van deze wachtlijsten?

Antwoord 366:

Er zijn instanties die melden wachttijden te hebben of aangeven aan hun budgetplafond te zitten voor een bepaalde gemeente. Er zijn ook jeugdhulpaanbieders die door eenzelfde gemeente voor vergelijkbare jeugdhulp zijn ingekocht, die geen of lage wachttijden hebben en niet aan hun budgetplafond zitten. Het is dan zaak dat kinderen snel terecht komen daar waar zij wel geholpen kunnen worden door het door gemeenten ingekocht hulpaanbod en ik heb de VNG en branches van aanbieders verzocht hiervoor met een voorstel te komen hoe dit vorm te geven. Ik zal u hierover berichten in de voortgangsbrief die ik uw Kamer voor het begrotingsdebat van 14 november zal doen toekomen.

Vraag 367

Voor mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht, die 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben, is zorg vanuit de Wlz beschikbaar.

Hoeveel personen maken gebruik van de Wlz?

Welke indicatie hebben deze personen? Kunnen aantallen per indicatie worden gegeven?

Antwoord 367:

Zie het antwoord op vraag 86.

Vraag 368

Hoeveel verzorgingshuizen zijn er in 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016 gesloten, en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2017?

Antwoord 368:

Er wordt geen landelijke lijst bijgehouden van locaties die sluiten.

Vraag 369

Hoeveel verpleeghuizen zijn er in 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016 gesloten, en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2017?

Antwoord 369:

Zie het antwoord op vraag 368.

Vraag 370

Hoeveel gehandicaptenzorginstellingen zijn er in 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016 gesloten, en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2017?

Antwoord 370:

Zie het antwoord op vraag 368.

Vraag 371

Hoeveel ouderen en mensen met een beperking zijn gedwongen verhuisd vanwege de sluiting van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en gehandicaptenzorginstellingen?

Antwoord 371:

Mij zijn geen cijfers bekend over verhuizingen of de achtergrond daarvan. De beweegredenen voor verhuizingen zullen van geval tot geval verschillen. Verhuizingen in verband met de renovatie van een gebouw of het afstoten van een verouderd gebouw zijn overigens van alle tijden, evenals verhuizingen die het gevolg zijn van een veranderde vraag naar zorg. Bewoners met een geldige indicatie houden altijd recht op zorg.

Vraag 372

Hoeveel banen zijn er verloren gegaan door de sluiting van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en gehandicaptenzorginstellingen? Kunt u dit uitsplitsen naar verschillende functies?

Antwoord 372:

Er zijn geen cijfers beschikbaar die de werkgelegenheidseffecten van het sluiten van instellingen weergeven. Het sluiten van instellingen als gevolg van renovatie, nieuwbouw of veranderde vraag is overigens van alle tijden.

In de Arbeidsmarktbrief die u een dezer dagen zult ontvangen wordt nader ingegaan op de vraag naar en aanbod van arbeid in de zorg in algemene zin en de Wet Langdurige zorg in het bijzonder.

Vraag 373

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 IGZ opgelegd hebben gekregen?

Antwoord 373:

Hieronder treft u de deelnemers aan van Waardigheid en trots, ruimte voor verpleeghuizen:

Zorgaanbieder

Aandacht van Sanare BV
ABC-Zorgcomfort
Accolade Zorggroep
Allévo
Alrijne Zorggroep
Amaris Zorggroep
Amsta
Amstelring

Zorgaanbieder

Ananz
Argos Zorggroep
Atlant Zorggroep
AxionContinu
Azora
Bartholomeus Gasthuis
Beweging 3.0
BrabantZorg
Careaz
Carinova
CuraMare
Dagelijks Leven Zorg B.V.
De Gouden Leeuw Groep
De Oude Pastorie
De Westerkim
De Zorgboog
De ZorgSpecialist
DrieGasthuizenGroep
Envida
Espria
Evean
Frankelandgroep
Hanzeheerd
HilverZorg
HSB De Vijverhof
Inovum
JorisZorg
Kempen, van T.J.
King Arthur Groep
KwadrantGroep
Laurens
Lyvore
MagentaZorg
Maria-Oord
Noord Nederlandse Coöperatie van Zorginstellingen
Noorderbreedte
Omring Thuiszorg
Opella
Present (voorheen AV Zorggroep)
Protestantse Zorggroep Crabbehoff
Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen
Riederborgh
Rivas Zorggroep
Rosa Spier Huis
Saffier De Residentiegroep
Savant zorg
Saxenburgh Groep
Seniorenresidentie Ruitersbos
Sensire
Sevagram Zorgcentra
Sint Jozefoord
Sint Pieters en Bloklands Gasthuis
Stichting Aafje Thuiszorg Huizen
Stichting ActiVite
Stichting AriënsZorgpalet
Stichting Avoord Zorg & Wonen
Stichting Cardia-Duinrust
Stichting Carint Reggeland Groep
Stichting Cicero Zorggroep
Stichting Coloriet
Stichting Cordaan Groep
Stichting De Hoven
Stichting De Riethorst Stromenland
Stichting De Wever
Stichting DeBreedonk
Stichting Dienstencentrum Oud Burgeren
Stichting Elisabeth
Stichting Groenhuysen
Stichting Hanzeheerd
Stichting Hervormd Centrum Pennemes
Stichting Humanitas Hoofdkantoor
Woonzorgconcern IJsselheem

Zorgaanbieder

Stichting Innoforte
Stichting Insula Dei
Stichting Interzorg Noord Nederland
Stichting Kalorama
Stichting Laverhof
Stichting Liemerije
Stichting LuciVer
Stichting Maasduinen
Stichting Markenheem
Stichting MeanderGroep Zuid-Limburg
Stichting NiKo
Stichting Nusantara
Stichting Omring
Stichting Oosterlengte
Stichting Pleyade
Stichting Pro Senectute
Stichting QuaRijn
Stichting Schakelring
Stichting Sint Anna
Stichting Sint Annaklooster
Stichting Sint Jacob
Stichting SVRZ
Stichting tanteLouise
Stichting Topaz
Stichting Valkenhof
Stichting Verpleeg-en Verzorgingshuis De Leystroom
Stichting Verpleeghuis Het Parkhuis
Stichting Verzorgingshuis de Koperhorst
Stichting Vilente
Stichting Vivent
Stichting Volckaert
Stichting Warm Thuis
Stichting ZorgAccent
Stichting Zorgbeheer De Zellingen
Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé
Stichting Zorggroep Florence
Stichting Zorggroep Meander
Stichting Zorggroep Noordwest Veluwe
Stichting Zorgspectrum
Stichting ZuidOostZorg
STMR
Surplus Zorg
Swinhove Groep
Thebe
Treant Zorggroep
TriviumMeulenbeltZorg
Verpleeghuis Norschoten
Vitalis Woonzorg Groep
ViVa! Zorggroep
Vivantes Zorggroep
Vivium Zorggroep
Warande
WelThuis
Westerholm/Ridders-Lubbers
Wilgaerden
Wittenbergzorg
Woon- en Zorgcentra Haaglanden
Woon- en Zorgcentrum De Merwelanden
Woon-, zorg-, en dienstencentrum Bethanië
Woonlandschap de Leyhoeve
Woonzorg Flevoland
Woonzorgcentrum De Lange Wei
Woonzorggroep Samen
WVO Zorg
Zinia Zorggroep
Zonnehuisgroep Amstelland
Zorgbalans
Zorgcentra Meerlanden
Zorgfederatie Oldenzaal
Zorggroep Alliade
Zorggroep Almere
Zorggroep Archipel

Zorgaanbieder

Zorggroep Charim
Zorggroep Elde
Zorggroep Groningen
Zorggroep Lianté
Zorggroep Maas & Waal
Zorggroep Manna
Zorggroep Raalte
Zorggroep Raalte
Zorggroep Reinalda
Zorggroep Sint Maarten
Zorggroep Tangenborgh
Zorggroep Ter Weel
Zorginstellingen Pieter van Foreest
Zorgorganisatie De Blijde Borgh
Zorgpartners Midden-Holland
Zorgspectrum Het Zand
Zorgstroom
Zorgverlening Het Bakken
Zuidzorg
ZZG Zorggroep

De IGZ heeft tussen juli 2014 en 10 oktober 2016 aan vijf deelnemers aan ruimte voor verpleeghuizen een maatregel opgelegd (Antroz (nu Warande), Stichting Humanitas, Stichting Laurens, Crabbehoff en Saffier de Residentiegroep).

Op het moment van selectie in juli 2015 had de IGZ geen maatregelen opgelegd bij een van de geselecteerde zorgaanbieders.

Vraag 374

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen als het gaat om de verpleeghuiszorg?

Antwoord 374:

De verpleeghuiszorg maakt onderdeel uit van de intramurale ouderenzorg. Het overzicht van alle plussen en minnen bij de intramurale ouderenzorg is opgenomen op bladzijde 225 en 226 van de VWS-begroting 2017.

Vraag 375

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen als het gaat om de gehandicaptenzorg?

Antwoord 375:

Het overzicht van alle plussen en minnen bij de gehandicaptenzorg is opgenomen op bladzijde 227 van de VWS-begroting 2017.

Vraag 376

Hoeveel zwerfjongeren telt Nederland nu, en hoeveel opvangplekken zijn voor hen beschikbaar?

Antwoord 376:

Het aantal zwerfjongeren en opvangplekken wordt niet specifiek bijgehouden. Wel laat ik momenteel Federatie Opvang een inventarisatie doen om een zo goed mogelijk beeld op aantallen dak- en thuislozen te krijgen en beschikbare voorzieningen.

Vraag 377

Hoeveel opvangplekken zijn afgelopen jaren gesloten?

Antwoord 377:

Gemeenten zijn verantwoordelijk afdoende opvangplekken in te kopen. Er is geen centrale registratie van het aantal plekken dat is ingekocht, noch van een toe- of afname daarvan.

Vraag 378

Hoeveel gezinnen zijn in 2016 op straat beland?

Antwoord 378:

Gemeenten zijn verplicht om dak- en thuislozen die zich bij hen melden op te vangen. Dat geldt zeker ook voor gezinnen. Voor de mate waarin dit (niet) lukt verwijs ik u naar vraag 384.

Vraag 379

Zijn er voor zwerfjongeren en daklozen voldoende aansluitingsmogelijkheden naar werk, wonen en zorg? Wat is hiervan de huidige capaciteit

Antwoord 379:

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. Over mijn zorgen en acties hierbij heb ik uw Kamer per brief van 5 juli jl. bericht.

Vraag 380

Hoeveel locaties maatschappelijke opvang zijn er in Nederland?

Antwoord 380:

Gemeenten kopen maatschappelijke opvang in, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. De capaciteit en het aantal locaties fluctueert daarmee en kan ook variëren door het jaar heen. Landelijk wordt het aantal locaties niet bijgehouden.

Vraag 381

Hoeveel locaties vrouwelijke opvang zijn er in Nederland?

Antwoord 381:

Bij de beantwoording van de schriftelijke vragen bij de ontwerpbegroting 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 12) heb ik geantwoord dat er geen exacte cijfers over het aantal opvanglocaties te geven zijn (vraag nummer 495).

Vraag 382

Hoeveel opvanglocaties zijn er totaal in Nederland?

Antwoord 382:

Zie hiervoor mijn antwoord op vraag 380.

Vraag 383

Hoeveel en hoe groot zijn de wachtlijsten voor maatschappelijke opvang en vrouwencentra?

Antwoord 383:

Wachtlijsten voor maatschappelijke opvang en vrouwencentra worden niet bijgehouden op landelijk niveau.

Vraag 384

Wat is de huidige capaciteit voor opvangcentra, welke tekorten zijn er in welke regio's?

Antwoord 384:

De capaciteit van opvang wordt niet centraal gemonitord. Het is een taak van de gemeente opvang te regelen voor mensen die geen onderdak hebben. Regio's zijn verplicht om te zorgen voor de inkoop van afdoende opvangplekken.

Vraag 385

Kan de regering aangeven welke financiële middelen er per regio in Nederland nodig zouden zijn om te voldoen aan de bezettingsnorm in de verpleeghuiszorg zoals opgesteld in het kader van «Waardigheid en Trots»?

Antwoord 385:

De leidraad Verantwoorde Personeelssamenstelling geeft een kwalitatieve normering waar de zorg in verpleeghuizen aan moet voldoen. Met de leidraad hebben teams een goed middel in handen om op basis van de vraag van de bewoner zowel naar persoonlijke verzorging, medische zorg en dagactiviteiten teams samen te stellen. Dat is een maatwerkbenadering die veel beter aansluit bij de daadwerkelijke vraag en tegelijkertijd een heel andere werkwijze dan de sector nu hanteert. Aangezien dit per instelling verschilt is op dit moment niet aan te geven of en zo ja welke financiële gevolgen dit heeft.

Vraag 386

Kan er een overzicht gegeven worden van de afvinklijsten waarmee de IGZ momenteel kwaliteit toetst in het kader van risicogestuurd toezicht in de verpleeghuiszorg, thuiszorg en de gehandicaptenzorg?

Antwoord 386:

De IGZ hanteert voor haar risicogestuurd toezicht in de verpleegzorg, thuiszorg en gehandicaptenzorg een toezichtkader dat is gebaseerd op wet- en regelgeving en veldnormen. De inspectie voegt dit toezichtkader standaard als bijlage toe aan haar inspectierapporten, die gepubliceerd staan op de website van de IGZ.

Vraag 387

Welke concrete doelstellingen heeft de regering verbonden aan het kwaliteitskader in de gehandicaptenzorg?

Antwoord 387:

Het kwaliteitskader gehandicaptenzorg richt zich meer op de verantwoordelijkheid van de aanbieder zelf om zich continu te verbeteren en zich daarover extern te verantwoorden. Daarbij is uitgangspunt persoonsgerichte zorg en een goede dialoog tussen cliënt en zorgverlener. Het stellen van een kader voor goede zorg is de verantwoordelijkheid van de relevante veldpartijen. Het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg stelt een kader voor goede zorg en geeft aan hoe dit gemeten moet worden. Dit levert informatie op voor instellingen en professionals om de zorg te verbeteren. Daarnaast levert het informatie voor IGZ om toezicht te houden, voor de zorgkantoren om hun zorginkoop op te baseren en voor cliënten om keuzes voor een zorgaanbieder te maken. Het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg wordt nu herzien.

Vraag 388

Wat zijn de resultaten van het programma «Waardigheid en Trots» voor mensen met dementie en hun familie en hoeveel mensen met dementie en familieleden merken verbeteringen in hun dagelijkse leven in het verpleeghuis door Waardigheid en trots?

Antwoord 388:

Al sinds de start van Waardigheid en Trots benadruk ik, samen met de andere partijen in de Taskforce, dat het realiseren van de wenselijke fundamentele omslag een lange adem vergt. De traditie in de zorg waarbij wordt «gedacht voor», in plaats vanuit een integrale aanpak «gesproken met» de cliënt is diepgeworteld en lastig te veranderen. Dat geldt ook voor de opleidingen, kennis, richtlijnen en protocollen waarop de zorgverleners hun handelen baseren, de organisaties waarbinnen zij werken en registraties waarmee zij hun werk vastleggen.

Toch worden er al concrete resultaten geboekt. Circa 170 zorgaanbieders werken binnen ruimte voor verpleeghuizen aan de uitvoering van hun voorstel om kwaliteit van de verpleegzorg te verbeteren. Zij trekken daarin gezamenlijk op in bijna 15 themagroepen. De meeste zorgaanbieders zijn ongeveer een jaar bezig met hun projecten, waardoor nog niet op ieder onderdeel resultaten te benoemen zijn. Op de website van waardigheden-trots.nl is nagenoeg voor alle zorgaanbieders een deelnemerspagina, waarin de stand van zaken is beschreven.

Bij mijn brief van 4 juli heb ik een rapportage gevoegd waarin de voortgang staat van het traject «Ruimte voor verpleeghuizen. Daarin staan voorbeelden van hoe aanbieders binnen dit deel van het programma hun werkwijzen vernieuwen die direct invloed hebben op cliënten en professionals.

Voorbeelden zijn:

- Het meer gebruikmaken van het cliëntenportaal. Professionals geven hierin kort aan wat de bewoner heeft meegemaakt en hoe de cliënt dit heeft ervaren. Mantelzorgers kunnen dit vanuit huis inzien en voelen zich zo meer betrokken.
- Eten en het voorbereiden daarvan is een belangrijke activiteit voor mensen met dementie. Met het project «Eetgenoten» wordt er door studenten geholpen bij het bereiden en nuttigen van de avondmaaltijd. Er is hierdoor meer tijd en aandacht voor bewoners.
- Zorgaanbieders zetten diverse methodieken in om het leven van cliënten in beeld te brengen zodat de zorgverlening hierbij aan kan sluiten. Zo wordt er bijvoorbeeld door familie een film gemaakt met foto's en muziek uit het leven van de cliënt. Professionals, cliënt en familie kijken hier samen naar. Uit observatie van de zorgverlening achteraf blijkt dat professionals meer begrip hebben voor gedrag van de cliënten en hier beter bij aan kunnen sluiten. Cliënten voelen zich hierdoor meer begrepen.
- Een instelling heeft ervoor gekozen om een speciale app te ontwikkelen om bij kennis over dementie te vergroten bij familie, medewerkers, scholieren, mantelzorgers en anderen. Deze app is in de vorm van een game waarbij door het vergaren van meer kennis op een hoger niveau gespeeld kan worden. Deze app wordt gratis aangeboden. Resultaat voor de cliënt: een veel breder begrip bij professionals, familie en mantelzorgers over dementie en daardoor een middel om de relatie en het contact te verbeteren.

In de volgende voortgangsrapportage ruimte voor verpleeghuizen begin 2017 zal ik stilstaan bij de resultaten voor cliënten.

Daarnaast zijn er extra middelen ter beschikking gekomen voor dagbesteding en deskundigheidsbevordering. Ook bestaat er toenemende transparantie op cliëntervaringen waardoor zowel cliënten als naasten de mogelijkheid hebben deze ervaringen van anderen te gebruiken bij de afweging tussen verpleeghuizen. Op dit moment vindt een eerste evaluatie van plannen in kader van de extra middelen plaats. Omdat er in 2016 nog geen sprake zal zijn van meetbare effecten, zal de evaluatie gericht zijn op het proces van totstandkoming van de plannen, een inventarisatie van de inhoud ervan en aanbevelingen voor komende jaren.

Ik verwacht deze evaluatie voor het eind van het jaar te ontvangen en zal deze met een beleidsreactie zo spoedig mogelijk naar uw Kamer sturen.

Tot slot worden de uitkomsten van onderzoeken en rapporten gebruikt bij de trajecten die op de wat lagere termijn tot resultaten leiden. Een voorbeeld is het onderzoek van Maastricht University «Meer is niet per se beter. Relatie tussen personele inzet en kwaliteit in verpleeghuizen». De uitkomsten hiervan worden gebruikt in de leidraad verantwoorde personeelsamenstelling.

Vraag 389

Wat is de reden dat de Minister de besluitvorming over een vervolg van het programma Samen dementievriendelijk uitstelt tot 2017?

Antwoord 389:

Het is technisch niet mogelijk om hierover een eerder besluit te nemen. Zie de Kamerbrief van 9 mei 2016 (Kamerstuk 25 424, nr. 313). Hierin staat dat ik Alzheimer Nederland voor de periode 1 januari 2016 t/m 1 maart 2017 € 2,3 miljoen subsidie heb verleend. Begin 2017 zal Alzheimer Nederland een subsidieaanvraag doen voor het vervolg. Deze aanvraag zal worden gebaseerd op de op dat moment beschikbare ervaringen en resultaten per programmadeel.

Vraag 390

Wat zijn de prijzen voor zorgzwaartepakketten in 2016?

Antwoord 390:

Zie antwoord op vraag 121.

Vraag 391

Hoeveel mensen hadden in 2015 een ZZP 1 tot 3?

Antwoord 391:

Peildatum 1-1-2016	Aantal personen met indicatie
VV 1	1.627
VV 2	5.369
VV 3	10.374

Bron: CIZ

Vraag 392

Kunt u per ZZP in alle categorieën aangeven hoeveel er in 2016 reeds zijn afgegeven, en hoeveel indicaties voor alle ZZP's in 2015 en 2016 zijn afgegeven?

Antwoord 392:

Het CIZ heeft in paragraaf 4.1 van de kwartaalrapportage 2015 Q3 tot en met 2016 Q2 gerapporteerd over het aantal door het CIZ genomen besluiten dat toegang heeft gegeven tot intramurale zorg in 2015 en 2016. Het gaat hierbij zowel om eerste indicaties als om herindicaties. In de rapportage zijn de volgende aantallen opgenomen:

	LG	V&V	VG
2015	5.249	92.519	14.217
2016 (t/m juni)	3.722	51.883	12.974

Voor een uitsplitsing op het niveau van het zorgprofiel verwijs ik u naar tabel 4.2 t/m tabel 4.5 van de rapportage. De rapportage treft u aan op: https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/kwartaalrap_VWS_landelijk%20definitief%202209.pdf

Vraag 393

Hoeveel mensen maken gebruik van de Wlz in de jaren 2015 en 2016?

Antwoord 393:

Eind 2015 zijn er volgens de gegevens van het CIZ 279.000 cliënten met een verblijfsindicatie. Dit aantal is exclusief de circa 5.000 cliënten met een indicatie voor eerstelijnsverblijf. Van de 279.000 cliënten woont 71% in de instelling. Op 1 juli 2016 zijn er volgens de gegevens van het CIZ 282.000 cliënten met een verblijfsindicatie (exclusief eerstelijnsverblijf).

Daarnaast zijn er nog 12.000 Wlz-indiceerbaren die op grond van een extramurale indicatie in 2015 en 2016 toegang hebben tot de Wlz. Het gaat hier om cliënten die thuis wonen.

Vraag 394

Kunt u aangeven of bij de experimenten met persoonsvolgende bekostiging de onderliggende doelstellingen ontbreken om te onderzoeken of er meer inkoopmacht bij de cliënt neergelegd zou kunnen worden? Zo ja, waarom? Zo nee, welke nadere motivering kan qua doelstelling worden gegeven?

Antwoord 394:

De experimenten persoonsvolgende bekostiging vinden plaats in Rotterdam en Zuid-Limburg en hebben een looptijd van twee jaar. Bij de evaluatie wordt bekeken of het experiment bijdraagt aan het bereiken van de doelstellingen. Krijgen cliënten meer ruimte om te kiezen voor zorgaanbod dat aansluit bij hun wensen en of bij de inkoop van Wlz-uitvoerders meer rekening wordt gehouden met de behoeften van de cliënt. Tevredenheid van cliënten vormt een belangrijk onderdeel van de evaluatie en voor de bepaling van het succes van het experiment. Andere doelen zijn vermindering van administratieve lasten, een grotere diversiteit in het zorgaanbod en een beheerste uitgavenontwikkeling. De NZa zal op grond van de wet het experiment evalueren en zal daar de resultaten van een door een extern bureau uit te voeren onderzoek bij betrekken.

Vraag 395

Kan de Kamer de eerste voortgangsrapportage «Waardigheid en Trots» nog voor de verkiezingen op 15 maart 2017 ontvangen, zodat de huidige Kamer hier nog een oordeel over kan vormen, en waar nodig en mogelijk kan bijsturen?

Antwoord 395:

Ik zal de Kamer de gebruikelijke halfjaarlijkse voortgangsrapportage van «Waardigheid en Trots» voor de verkiezingen toesturen. Dit is dan de vierde voortgangsrapportage van het programma.

Vraag 396

Kunt u aangeven of de tijdslijn voor «Waardigheid en Trots» nog haalbaar is, nu de sector er zelf niet uit is gekomen en het Zorginstituut Nederland aan de slag gaat voor een kwaliteitskader?

Antwoord 396:

De kwaliteitsomslag die beoogd is met «Waardigheid en Trots» is er niet één van de korte adem. Dat de sector het afronden van het nieuwe

kwaliteitskader aan het Zorginstituut overdraagt, doet niet af aan de haalbaarheid van de beoogde verandering. Het is namelijk juist van groot belang dat dit een gedragen verandering is. Het Zorginstituut heeft de ambitie uitgesproken om per 1 januari aanstaande een eerste kwaliteitskader op te leveren, waarin in ieder geval de basisveiligheid, de indicatoren daarvoor en de leidraad personeelsamenstelling een plek krijgen.

Vraag 397

Hoe ver staan we op dit moment met de doelstelling om voor eind 2017 50.000 mensen als dementievriendelijk te registreren? Kan er tussentijds een voortgang worden gemeld aan de Kamer?

Antwoord 397:

De campagne Dementievrienden is in mei dit jaar van start gegaan. Op dit moment, oktober 2016, zijn er 5.645 dementievrienden die zich via de website hebben geregistreerd. Er zal voor de Kerst een nieuwe brief naar de Kamer over dementie worden gestuurd, hierin zullen ook de tussentijdse resultaten van de campagne Dementievrienden worden toegelicht. Eind 2016 begint het gesprek met Alzheimer Nederland over de vervolgsubsidiëring vanaf 1 maart 2017. Daarbij zullen afspraken worden gemaakt over de doelen voor 2017 en verder.

Vraag 398

Kunt u uitweiden over de impulsen die op lokaal en regionaal niveau zullen worden gegeven aan de doorontwikkeling van de uitvoering van de Wmo?

Antwoord 398:

Voor voorbeelden van de impulsen die de gemeenten, de VNG en de cliëntenorganisaties geven aan de doorontwikkeling van de uitvoering van de Wmo 2015, verwijs ik naar de tweede voortgangsrapportage Wmo van 2016 die voor de begrotingsbehandeling aan uw Kamer zal worden gezonden.

Vraag 399

U stelt dat het voor Wmo cliënten «merkbaar» beter moet worden. Op basis van welke factoren bepaalt u of dit het geval is?

Antwoord 399:

Ten eerste gaat het daarbij om de ervaren tevredenheid van de burger. Er komt daarover steeds meer informatie beschikbaar uit de verplichte cliëntervaringsonderzoeken. Deze zijn voor elke gemeente voor iedereen te raadplegen op www.waarstaatjegemeente.nl. In de evaluatie van de hervorming Langdurige Zorg, waar de evaluatie van de Wmo 2015 onderdeel van is, wordt onderzocht of de doelen van de hervorming behaald worden. Hierbij is nadrukkelijk aandacht voor het perspectief van cliënten en hoe cliënten de zorg en ondersteuning ervaren. Deze evaluatie loopt in de periode 2015–2017.

De ambitie dat de uitvoering van de Wmo 2015 voor cliënten merkbaar beter wordt heb ik samen met de VNG en de cliëntenorganisaties geformuleerd in het kader van de een ontwikkelagenda Volwaardig Meedoen. De uitvoering van de Wmo 2015 moet merkbaar beter worden op de volgende – gezamenlijk vastgestelde – hoofddoelstellingen:

- Een versterkte positie van de cliënt.
- Maatwerk in levensbrede ondersteuning.
- Een inclusieve samenleving, verrijkt met maatschappelijke initiatieven.

Er is een ontwikkeltafel ingesteld waaraan alle relevante cliëntenorganisaties en de VNG zitting hebben. Met de cliëntenorganisaties bespreken

de VNG en ik of de drie hoofddoelstellingen zich bij client, professional en maatschappij in de gewenste richting ontwikkelen. De cliëntenorganisaties hebben zicht op de ervaringen van cliënten door de uitvoering van diverse programma's (zie de voortgangsrapportage Wmo voor enkele voorbeelden van de activiteiten die de VNG, gemeenten en de cliëntenorganisaties uitvoeren).

Bijvoorbeeld www.mijnkwaliteitvanleven.nl is een plek waar cliënten en mantelzorgers kunnen aangeven hoe zij hun leven ervaren met een beperking en hoe de ondersteuning daar bij helpt (of niet). Dit levert per gemeente een beeld van de passendheid van de ondersteuning en of dit merkbare verbetering brengt. De signalen zijn voor mij van belang om op systeemniveau te kunnen bijsturen, maar vooral van belang voor individuele gemeenten om met hun inwoners te bezien waar verdere verbetering mogelijk is.

Vraag 400

Wanneer wordt de overgang naar een nieuw trekkingsrechtstelsel verwacht, en wat is de te verwachten overgangstermijn?

Antwoord 400:

Over de verbetering van het trekkingsrechtstelsel informeer ik uw Kamer zoals afgesproken via de voortgangsrapportage trekkingsrecht van oktober. Ik zal in deze rapportage ook ingaan op de beoogde termijn.

Vraag 401

Welke kosten zijn er met de overgang naar een nieuw trekkingsrechtstelsel gemoeid in 2017? Zowel wat betreft de incidentele als de structurele lasten.

Antwoord 401:

Over de verbetering van het trekkingsrechtstelsel informeer ik uw Kamer zoals afgesproken via de voortgangsrapportage trekkingsrecht van oktober.

Vraag 402

Hoe verhoudt de kostendelersnorm zich tot meer aandacht voor «werk en mantelzorg» en «huisvesting en mantelzorg»?

Antwoord 402:

Sinds 1 juli 2015 geldt de kostendelersnorm voor de Participatiewet en de Anw (Algemene Nabestaandenwet). De bijstand is een tijdelijk vangnet voor mensen die niet in hun onderhoud kunnen voorzien. Het doel is te voorzien in de noodzakelijke kosten van bestaan. Als mensen samen in een huis wonen, dan hebben ze bijvoorbeeld lagere woonlasten. Daar houdt de kostendelersnorm rekening mee. Deze voordelen zijn ook aanwezig als medebewoners mantelzorg of een andere vorm van informele zorg verlenen.

Ondanks dat bij de invoering van de kostendelersnorm er expliciet voor is gezorgd dat mensen niet onder de armoedegrens vallen, kan er een individuele situatie zijn waarin het wenselijk is om individueel maatwerk te verlenen. De Participatiewet biedt gemeenten die mogelijkheid als de individuele situatie hier om vraagt en er geen voorliggende voorzieningen aanwezig zijn. Verder hebben gemeenten de mogelijkheid om gebruik te maken van bijzondere bijstand, als er in het individuele geval sprake is van hogere noodzakelijke kosten.

Vraag 403

Kan de Minister uitsplitsen welke bedragen en concrete acties er zijn gemoeid met de uitvoering van het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een handicap bij gemeenten, maatschappelijke organisaties en sectoren? Hoe ziet deze ondersteuning vanuit het kabinet eruit?

Antwoord 403:

De uitvoering van het verdrag is de verantwoordelijkheid van de samenleving als geheel. De betrokken partijen zoals cliëntorganisaties, werkgevers en gemeenten hebben daarin een rol te vervullen. Per 1 juli jl is een kwartiermaker, in nauwe samenspraak met deze partijen, begonnen met de vormgeving van het bureau/de netwerkorganisatie die de implementatie moet gaan faciliteren en aanjagen. Deze zal begin 2017 van start gaan op basis van een concrete agenda met acties en activiteiten die door de betrokken partijen zullen worden ontplooid. Ook gemeenten zullen worden ondersteund bij het realiseren van hun lokale inclusie-agenda's. In december start de campagne «Meedoen met een handicap» om te laten zien welke drempels iemand kan ervaren en wat je zelf kunt doen om de toegankelijkheid voor mensen met een beperking te vergroten. Voor de implementatie stelt VWS volgend jaar € 1 miljoen beschikbaar.

Vraag 404

In 2017 zal de nadruk blijven liggen op een vermindering van de regeldruk en administratieve lasten voor burgers en instellingen. Welke concrete acties worden er genomen op de administratieve lasten en regeldruk te verminderen? Kan een aantal concrete voorbeelden worden gegeven?

Antwoord 404:

In het kader van «Meer tijd voor zorg, merkbaar minder regeldruk», wordt ingezet op het verminderen van de ervaren regeldruk voor zorgprofessionals. Zodat zij meer tijd overhouden voor goede zorg voor de patiënt.

Wat de aanpak van overbodige regeldruk in de langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp betreft wordt uw Kamer voor het Kerstreces nader over de resultaten en het vervolg geïnformeerd.

Zie voor de aanpak van regeldruk in de curatieve zorg de «Voortgangsrapportage Merkbaar minder regeldruk» van 7 juli 2016.

Vraag 405

Zijn de regeldruk en administratieve lasten toegenomen na de stelselwijzigingen?

Antwoord 405:

Naar aanleiding van de motie van der Staaij/Bruins Slot (Kamerstuk 34 300-XVI, nr. 77) is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de toename van administratieve lasten als gevolg van de hervorming van de langdurige zorg. Het onderzoek is afgerond en zal inclusief beleidsreactie aan de Tweede Kamer worden toegezonden. In het traject «Merkbaar minder regeldruk» zet ik met verschillende trajecten in op het verminderen van de regeldruk in de jeugdhulp, de maatschappelijke ondersteuning en de langdurige zorg. Zie ook het antwoord op vraag 404.

Vraag 406

Hoe lang is de wachttijd op een rolstoelbestendige woning op dit moment gemiddeld?

Antwoord 406:

Ik beschik niet over landelijke cijfers hieromtrent.

Vraag 407

Hoe groot is het tekort aan seniorwoningen op dit moment?

Antwoord 407:

Het begrip «seniorenwoning» is niet te definiëren en wordt ook niet landelijk bijgehouden. De meeste ouderen wonen gewoon in eengezinswoningen en appartementen en willen zo lang mogelijk in hun eigen woning blijven wonen. De matige verhuurbaarheid van bestaande woningen die bestemd zijn voor ouderen, zoals uit een onderzoek van het Kenniscentrum Wonen en Zorg uit 2015⁹ blijkt, onderstreept dat.

Vraag 408

Hoe gaat u in 2017 verder investeren in het verbeteren van de informatie aan cliënten en de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners in de zorg?

Antwoord 408:

Op 6 oktober jongstleden is uw Kamer de voortgangsrapportage e-Health en zorgvernieuwing (Kamerstuk 27 529, nr. 141) gestuurd. Hier hebben wij u uitgebreid geïnformeerd over de actielijnen die wij in gang hebben gezet om gezondheidsinformatie beschikbaar voor gebruikers en uitwisselbaar tussen zorgverleners te maken, onder andere door de programma's Medmij (persoonlijke gezondheidsomgevingen) en VIPP (Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional).

Vraag 409

In 2018 is er 0 euro begroot voor de uitvoeringskosten SVB PGB trekkingsrecht. Kunt u aangeven hoe de uitvoering van de PGB-trekkingsrechten per 1 januari 2018 gefinancierd zal worden?

Antwoord 409:

De kosten van de SVB voor de uitvoering van pgb-trekkingsrecht worden in principe gefinancierd vanuit de verstrekkers. Met de VNG is afgesproken dat de bekostiging voor het gemeentelijke deel *in 2017* nog via de begroting van VWS zal verlopen. Vanaf 2018 is er daarom geen bedrag in de VWS-begroting opgenomen. De kosten van de uitvoering door zorgkantoren worden gefinancierd vanuit de middelen voor de beheerskosten van de Wlz. Zie hiervoor de tabel Beheerskosten van de VWS-begroting (blz. 235).

Vraag 410

Kunt u verklaren waarom de overige kosten onder de «Bijdragen aan ZBO's/RWT's» in 2017 verzesenveertigvoudigen?

Antwoord 410:

Dit betreft met name de nog niet uitgedeelde loon- en prijsbijstelling.

Vraag 411

Kan uit het na 2020 aflopen van de subsidie «dementie» en de looptijd (2016–2020) van de maatregelen uit hoofde van «Samenleven met dementie» worden geconcludeerd dat de continuïteit van het dementiebeleid vanaf 2020 niet is gegarandeerd? Zo ja, wat is hier de achterliggende motivatie van?

Antwoord 411:

De maatregelen uit hoofde van «Samenleven met dementie», inclusief de subsidie voor «Samen dementievriendelijk» worden ingezet in de periode

⁹ Verhuurbaarheid seniorenwoningen, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg, 9 april 2015.

2016–2020. Dat wil niet zeggen dat daarna geen specifiek beleid op dementie gevoerd kan worden.

Vraag 412

Kunt u aangeven op basis waarvan u veronderstelt dat de subsidie aan FIOM en Siriz, ter ondersteuning van onbedoeld zwangeren en tienermoeders, verantwoord zou kunnen vervallen? Op basis waarvan veronderstelt u dat de kennis en expertise vanaf 2018 in de reguliere zorg en ondersteuning is verankerd?

Antwoord 412:

Zoals wij u hebben toegezegd in respectievelijk het AO Zwangerschapsafbreking d.d. 3 maart en het AO Maatschappelijke ondersteuning d.d. 9 maart 2016 zullen wij u gezamenlijk per brief informeren over de actualisatie van de inzet op onbedoelde zwangerschappen. Deze brief zult u separaat ontvangen voorafgaand aan de begrotingsbehandeling.

Vraag 413

Kunt u aangeven waarom de subsidie aan Siriz vanaf 2018 gehalveerd wordt en vanaf 2019 helemaal verdwijnt in de meerjarenbegroting, terwijl in de meerjarenbegroting van VWS voor 2016 tot en met het jaar 2020 een subsidiebedrag was ingeboekt van 1,5 miljoen euro per jaar? Hoe verhoudt dit zich met het amendement Van der Staaij c.s. (Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 17) waar gesproken wordt over een «structurele» verhoging van de subsidie voor Siriz?

Antwoord 413:

Streven is u voorafgaand aan de begrotingsbehandeling VWS via een aparte brief te informeren over de subsidie aan Siriz.

Vraag 414

Hoe verhoudt zich de afbouw van de subsidie aan Siriz en Fiom met de toezegging van Minister Schippers op 3 maart 2016, waarin zij aangeeft een brief te sturen over de middelen en de landelijke ondersteuning ten behoeve van jonge moeders en daarbij «met een positieve blik» te kijken naar mogelijkheden om de financiering van Fiom en Siriz na 2017 op basis van het amendement Van der Staaij? Wanneer ontvangt de Kamer deze brief?

Antwoord 414:

Zie het antwoord op vraag 412.

Vraag 415

Wat doet Movisie precies met de 7,2 miljoen euro die het ontvangt voor het verspreiden van kennis over de Wmo 2015 richting gemeenten ten behoeve van een adequate uitvoering?

Antwoord 415:

Movisie is een kennisinstituut op het terrein van de Wmo 2015. Naast gemeenten vormen de uitvoerend professionals de belangrijkste doelgroep van Movisie. Movisie heeft vier doelstellingen.

- Kennis verzamelen. Alle belangrijke ontwikkelingen over de Wmo 2015 worden door Movisie bijgehouden. Naast regelgeving zijn dat ook de belangrijkste trends en de actuele thema's binnen de sociale sector, voorbeelden hiervan zijn eenzaamheid en armoede maar ook de vluchtelingencrisis.
- Kennis verspreiden. De verzamelde kennis stelt Movisie onder gemeenten en de sociale sector beschikbaar via websites, nieuwsbrieven, debatten, congressen, het tijdschrift sociale vraagstukken en individueel advies. Movisie onderhoudt bijvoorbeeld digitale kennis-

dossiers op de belangrijke thema's van de Wmo. Hierin zijn praktijkvoorbeelden, interventiebeschrijvingen en actuele informatie rond één thema verzameld, zoals rond cliëntparticipatie, vrijwillige inzet, huiselijk geweld en maatschappelijke zorg.

- Kennis valideren. Movisie werkt samen met andere kennisinstututen aan verbetering van de kwaliteit en effectiviteit van sociale interventies, onder meer via ontsluiting van kennis via databanken, bevorderen van kwaliteitsverbetering in de praktijk en beoordeling van de interventies op effectiviteit. In de veelvuldig geraadpleegde databank effectieve sociale interventies die Movisie onderhoudt, zitten momenteel zo'n 130 interventies op terreinen als: huiselijk geweld, mantelzorgondersteuning, eenzaamheid en maatschappelijke activering.
- Kennis verrijken. Movisie werkt intensief samen met gemeenten en professionals om de in de praktijk ontwikkelde kennis te innoveren. Voorbeelden hiervan zijn arrangementen om langer thuis te wonen, samenwerking tussen wijkteams en beroepsgroepen, een beter samenspel tussen informele en formele zorg en de multidisciplinaire aanpak bij complexe situaties van huiselijk geweld en kindermishandeling.

Vraag 416

Hoeveel gemeenten bereikt Movisie met hun aanpak om kennis over de Wmo 2015 te verspreiden, en hoe effectief is dit?

Antwoord 416:

Hoeveel gemeenten Movisie concreet bereikt met al haar werk is ons niet precies bekend. Om effectief kennis te kunnen verspreiden moet de ontwikkelde kennis aansluiten bij de vraag hiernaar door gemeenten. Daarom stelt Movisie haar werkplan sinds een aantal jaren op in nauw overleg met de gemeenten (VNG, G32 en het netwerk directeurs van het sociaal domein). Dit heeft er toe geleid dat Movisie in 2017 in samenwerking met andere kennisinstututen zich zal richten op een viertal thema's: preventie, integraal werken in de wijk, sturing en bekostiging/ inkoop en 18-/18+.

Vraag 417

Welke bijzondere rol vervult Movisie aanvullend op de al bestaande informatiekanaalen, waaronder het ministerie, richting de gemeenten?

Antwoord 417:

Movisie is niet alleen een informatiekanaal voor gemeenten en sociale professionals, maar ontwikkelt samen met professionals en gemeenten praktijkkennis en valideert deze. In mijn antwoord op vraag 415 ben ik ingegaan op de doelstellingen van Movisie en heb ik een aantal belangrijke onderwerpen genoemd die Movisie in dit kader in 2017 ter hand neemt.

Vraag 418

Op basis van welke doelstelling vindt precies de beoordeling van de 7,2 miljoen euro subsidie aan Movisie plaats?

Antwoord 418:

Movisie is het kennisinstituut dat ik subsidieer om het veld te voorzien van adequate praktijkkennis die nodig is om de transitie in het sociaal domein te ondersteunen. Dit is de eerste doelstelling waaraan ik het werkplan van Movisie toets: komt de door Movisie ontwikkelde kennis voldoende tegemoet aan de behoefte van het veld en wordt de noodzakelijke transformatie voldoende ondersteund. We werken dan ook nauw samen met VNG en gemeenten om het jaarlijkse werkplan op te stellen dat aansluit bij lokale kennisvragen. Of Movisie voldoet aan deze doelstelling

toets ik op basis van overleg met de VNG en met relevante veldpartijen. Positief beoordeel ik bijvoorbeeld dat Movisie in 2017 zal werken aan preventie, integraal werken in de wijk, sturing en bekostiging/inkoop en 18-/18+, omdat deze thema's door de VNG naar voren zijn gebracht.

In de voortgangsrapportage Wmo van 18 juni 2015 heb ik geconstateerd dat de kennisinfrastructuur in het sociale domein toch nog te versnipperd is en dat ik samen met de veldpartijen zal werken aan de noodzakelijke vernieuwing van deze infrastructuur. Dit is de tweede doelstelling waaraan ik het werkplan van Movisie toets: zet Movisie zich om versnippering van kennisontwikkeling en verspreiding voorkomen. Voorbeeld hiervan is het programma Integraal Werken in de Wijk, dat op verzoek van de VNG en mij door Movisie samen met drie samenwerkende kennisinstellingen in 2015 is gestart.

Vraag 419

Hoeveel personen maken gebruik van Valysvervoer, leerlingvervoer en zittend ziekenvervoer?

Antwoord 419:

In 2015 hebben in totaal 161.633 mensen gebruik gemaakt van het Valysvervoer. In 2016 hebben t/m juli 125.331 mensen gebruik gemaakt van het Valysvervoer.

Volgens de monitor Leerlingenvervoer in Nederland 2015, maakten in het schooljaar 2014/15 73.000 leerlingen gebruik van het leerlingenvervoer. Recentere gegevens zijn niet beschikbaar omdat dit een gemeentelijke taak betreft en het Ministerie van OCW hier geen gegevens over bijhoudt.

Voor het zittend ziekenvervoer wordt alleen het aantal verzekerden met eigen bijdrage groter dan de wettelijke eigen bijdrage geregistreerd. In 2015 bedroeg dit 74.328 verzekerden. Van het totale gebruik zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 420

Hoeveel klachten en bezwaren heeft Valys in 2016 ontvangen, en hoe verhoudt dit zich tot voorgaande jaren? Is hierin een trend waarneembaar?

Antwoord 420:

Bijgevoegde tabel geeft een overzicht van het aantal klachten, het aantal gegrond verklaarde klachten en het aantal pashouders dat in beroep is gegaan in de periode 2011 t/m juni 2016.

	Aantal klachten	Gegrond verklaard	In beroep
2011	8.774	8.527	0
2012	5.446	3.721	0
2013	5.366	3.874	0
2014	8.864	4.714	9
2015	7.171	4.578	7
2016 (t/m juni)	1.938	1.616	0

Veruit het grootste deel van de klachten (zowel gegrond als ongegrond) gaat over de ophaal- of aankomsttijd en over de reistijd.

In 2014 is het aantal klachten toegenomen. Het betreffende jaar, 2014, was een transitiejaar waarin van uitvoerder is gewisseld. Ook zijn, in afstemming met uw Kamer en betrokken partijen, in 2014 een aantal spelregels gewijzigd. 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. In 2015 is het aantal klachten gedaald, deze daling zet in de eerste 6 maanden van 2016 stevig door.

Vraag 421

Hoeveel personen maken gebruik van vervoer van en naar dagbesteding?

Antwoord 421:

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 422

Hoeveel mensen moeten onterecht een eigen bijdrage betalen voor vervoer van en naar de dagbesteding?

Antwoord 422:

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 423

Valt begeleiding bij vervoer van en naar de dagbesteding onder de huidige bekostiging of dienen mensen dit zelf te betalen?

Antwoord 423:

Het is de taak van de zorgaanbieder om passende dagbesteding en passend vervoer te regelen, zonedig met begeleiding. Een eigen bijdrage is enkel aan de orde indien een cliënt andere wensen heeft.

Vraag 424

Hoe wordt de 6,9 miljoen euro die beschikbaar is als stimuleringsprogramma voor verpleeghuizen met een urgent kwaliteitsprobleem concreet ingezet?

Antwoord 424:

Circa 50 zorgaanbieders met een urgent kwaliteitsprobleem kunnen een beroep doen op het programma Waardigheid en Trots. Bij de aanpak wordt per aanbieder allereerst een analyse van de problemen gemaakt, op basis waarvan een plan wordt opgesteld om de problemen aan te pakken. Kernelementen hierbij zijn de competenties van het personeel, teamsamenstelling en sturing. Er wordt over het algemeen een coach ingezet die zich richt op het primaire proces, de kwaliteitsverbetering en verantwoording in de teams en een coach die zich richt op de strategische en bestuurlijke kant en heeft MT/directie als doelgroep van ondersteuning. Het fundamenteel oplossen van dergelijke problemen binnen een organisatie kost ongeveer twee jaar. De uitvoering van de plannen is derhalve nog gaande.

Vraag 425

Over welk type kwaliteitsproblemen hebben we het precies, en wordt hiervan ook melding gemaakt aan de IGZ?

Antwoord 425:

Het gaat veelal om ondersteuningsvragen op het gebied van de structurele borging van kwaliteit. Dat kan betrekking hebben op bijvoorbeeld het methodisch werken door professionals, op sturingsvraagstukken binnen de organisatie en op de inrichting van de organisatie (bijvoorbeeld het geleidelijk en ingekaderd overgaan tot zelfsturende teams). De deelnemende zorgaanbieders moeten de interne (RVT, OR, CR) en externe stakeholders (o.a. de IGZ en het zorgkantoor) bij het verandertraject betrekken. De IGZ wordt derhalve geïnformeerd.

Vraag 426

Waarom heeft u in 2017 in vergelijking met 2016 meer geld beschikbaar gesteld voor de coördinatie van de netwerken palliatieve zorg en de organisatie vrijwillige palliatieve zorg? Waarvoor wordt dit extra budget ingezet?

Antwoord 426:

In het Algemeen Overleg van 28 januari 2016 heb ik toegezegd dat ik zou bezien of de regeling Palliatieve Terminale Zorg kan meegroeien met de stijging van de inzet van vrijwilligers. Het gaat om zowel het aantal vrijwilligers als het aantal locaties waar vrijwilligers kunnen worden ingezet. In het verleden is het totale bedrag diverse malen opgehoogd (voor het laatst in 2013) om aan de groei tegemoet te komen. Ik heb daarom besloten om in de nieuwe regeling op te nemen dat het totale beschikbare bedrag voor de vrijwillige palliatieve terminale zorg jaarlijks met 3% wordt verhoogd en dat per 2017 een eenmalige inhaalslag wordt gemaakt voor de periode vanaf 2013.

In mijn brief van 20 mei 2016 (Kamerstuk 29 509, nr. 61) heb ik dit nader uiteengezet. De extra middelen zijn met name bestemd voor de inzet van vrijwillige palliatieve terminale zorg. Ten aanzien van de coördinatie van de netwerken palliatieve zorg (het tweede deel van de regeling PTZ) zijn alleen extra middelen beschikbaar gesteld voor de nieuwe netwerken voor kinderpalliatieve zorg.

Vraag 427

Kan de Minister voor de jaren 2016–2020 in de vorm van een tabel per jaar en per maatregel aangegeven worden wat er aan de diverse uitgaven m.b.t. dementie wordt geraamd?

Antwoord 427:

Veel beleidsmaatregelen, zoals het programma Waardigheid & Trots, zijn mede maar niet uitsluitend op mensen met dementie en hun mantelzorgers gericht. Van deze maatregelen is niet direct aanwijsbaar welk deel ten goede komt aan mensen met dementie en hun mantelzorgers. In onderstaande tabel zijn daarom alleen de beleidsmaatregelen opgenomen die specifiek op dementie gericht zijn.

Geraamde uitgaven aan maatregelen met betrekking tot dementie (bedragen x € 1.000)

Maatregel	2016	2017	2018	2019	2020	Totaal
Samen Dementievriendelijk	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	10.000
Zorgverbeterprogramma	1.163	1.200	1.200	1.200	1.200	5.963
Memorabel	10.900	8.000	8.000	8.000	8.000	42.900
Totaal	14.063	11.200	11.200	11.200	11.200	58.863

Vraag 428

Hoeveel verbeterplannen en concrete uitwisseling van best practices levert de 25 miljoen voor het onderdeel «ruimte voor verpleeghuizen» op,

waar 180 instellingen en 700 locaties aan meedoen? Wordt dit ook breed met het hele veld gedeeld?

Antwoord 428:

Genoemd bedrag van 25 miljoen is de financiële ruimte die beschikbaar is voor het «Waardigheid en Trots» programma. Het onderdeel «ruimte voor verpleeghuizen» maakt hiervan onderdeel uit. Het gaat bijvoorbeeld ook om de ondersteuning van zorgaanbieders met een urgent kwaliteitsprobleem om dit weer op orde te krijgen. Voor het onderdeel «ruimte voor verpleeghuizen» is in 2015 een subsidie gegund aan Vilans van ruim € 15 miljoen voor de periode 2015 tot en met 2018.

Binnen ruimte voor verpleeghuizen werken circa 170 zorgaanbieders aan de verbetering van kwaliteit van de verpleegzorg. De zorgaanbieders werken aan hun individuele trajecten en worden hierin ondersteund door een themacoördinator. Zorgaanbieders delen hun ervaring en kennis in thema bijeenkomsten en via de website «waardigheid en Trots». Deze website geeft per thema de laatste stand van zaken aan. Het congres van 4 juli «een jaar later: ruimte voor verpleeghuizen» stond in het teken van kennisuitwisseling. Op het congres van 4 juli jongstleden waren ruim 1.700 deelnemers. Hier zijn ongeveer 120 workshops door de aanbieders zelf werden gegeven. Doel was dat medewerkers uit de verpleeghuizen van elkaar leren. Via de volgende link kunt u een verslag vinden van het congres en de presentaties van de deelnemers waarin zij ingaan op hun ervaringen en de bereikte resultaten (<http://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/verslagen-en-presentaties-congres-jaar-later-ruimte-verpleeghuizen/>). Daarnaast zal in het kennisprogramma «ruimte voor verpleeghuizen» verdiepend onderzoek worden gedaan op een aantal thema's, die ingaan op de vraag wat de werkende principes achter de werkwijzen zijn. De trajecten geven ook input voor beleid. Voorbeelden hiervan zijn:

- de verduidelijking van de hygiënecode voor kleinschalige woonvormen (HACCP) omdat bleek dat die strenger werd toegepast dan noodzakelijk waardoor onnodige registraties konden worden geschrapt
- de evaluatie van de contractering bij gespecialiseerde aanbieders waarna de contractering zodanig is aangepast dat cliënten bij de aanbieder van hun keuze terecht kunnen.

Vraag 429

Wat is de rol van het ministerie en ActiZ bij de uitwisseling van deze best practices?

Antwoord 429:

Het Ministerie van VWS heeft samen met de Taskforce de verpleeghuizen opgroepen in 2015 om deel te gaan nemen aan Waardigheid en trots, ruimte voor verpleeghuizen. Zowel VWS als Actiz en volgen de uitwisseling en de resultaten op de voet. Bij elke themagroep is een beleidsmedewerker van VWS betrokken zodat resultaten naar landelijk beleid vertaald kan worden, zoals bijvoorbeeld bij de HACCP themagroep gebeurd is. Bij de themagroepen sluiten ook Actiz-medewerkers aan, zodat de opgedane kennis breder verspreid kan worden.

Vraag 430

Kunt u een overzicht van deze verbeterplannen en best practices met de Kamer delen?

Antwoord 430:

Op de website www.waardigheidentrots.nl kunt u per deelnemende organisatie de inhoud van de plannen vinden. Op diezelfde website treft u per thema(groep) de stand van zaken aan.

Vraag 431

Wat is de exacte relatie tussen deze verbeterplannen en best practices en het kwaliteitskader?

Antwoord 431:

Een kleine vijftig deelnemers van Waardigheid en trots, ruimte voor verpleeghuizen zijn aan de slag met werkwijzen om de kwaliteit van leven van de cliënt in kaart te brengen. De zorgaanbieders zijn hier nog volop mee aan de slag. De ervaringen uit dit traject kunnen input zijn voor de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. In het kennisprogramma ruimte voor verpleeghuizen zullen de werkende principes achter de werkwijzen die door aanbieders uitgetoetst worden verder worden onderzocht. De resultaten van dit kennisprogramma worden in het voorjaar van 2018 verwacht.

Vraag 432

Kan in een tabel over de jaren 2016–2021 een overzicht worden gegeven van wat er via de verschillende beleidsinstrumenten beschikbaar is voor beleid t.a.v. dementie, gespecificeerd in de uitgaven Wmo, Wlz en Zvw?

Antwoord 432:

Zie het antwoord op vraag 427 voor uw vraag naar een overzichtstabel over de jaren 2016–2020 van wat er via de verschillende beleidsinstrumenten beschikbaar is voor beleid t.a.v. dementie.

Over de opvolging van deze programma's na 2020 is nog geen besluit genomen. De programma's worden gefinancierd met begrotingsmiddelen en betreffen geen uitgaven Wmo, Wlz en Zvw.

Vraag 433

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? Hoeveel ouderen hebben met dit geld extra aandacht gekregen en hoeveel zorgverleners hebben met dit geld scholing gekregen?

Antwoord 433:

Een eerste verkenning tussen de onderzoekers die de evaluatie uitvoeren en de zorgkantoren leert dat er ca. 550 plannen zijn ingediend en slechts een fractie van die plannen is afgekeurd. Omdat plannen voor de extra middelen tot 1 mei 2016 konden worden ingediend, kan op dit moment nog niet worden gesproken over effecten. Een eerste evaluatie van de extra middelen is dan ook gericht op het krijgen van een beeld van de inhoud van de plannen en het doen van aanbevelingen voor een nieuwe ronde.

Vraag 434

Voor de uitvoering van het programma «Waardigheid en Trots» is via de begroting 25 miljoen euro beschikbaar. Hoeveel extra handen aan het bed kunnen er voor dit bedrag ingezet worden? Zou dat niet beter zijn om de kwaliteit van zorg te verhogen?

Antwoord 434:

Het bedrag van € 25 miljoen dat via de begroting beschikbaar is voor de uitvoering van het programma «Waardigheid en Trots» wordt ingezet om de kwaliteit van de zorg te verhogen. De middelen worden onder meer ingezet voor de IGZ, voor ondersteuning cliëntenraden en patiënten- en belangenorganisaties, ruimte voor verpleeghuislocaties, het faciliteren van zorgaanbieders om hun kwaliteit te verbeteren en administratieve lasten terug te dringen.

Vraag 435

Jaarlijks kunnen 50 organisaties instromen in het ondersteuningsprogramma Kwaliteitsverbetering Verpleeghuizen. Waar kunnen de overige organisaties terecht voor ondersteuning? Zou dit ondersteuningsprogramma niet beschikbaar moeten zijn voor alle organisaties die kwaliteitsproblemen hebben? Hoe worden de 50 instellingen geselecteerd?

Antwoord 435:

Organisaties die gemotiveerd zijn om aan het kwaliteitsondersteuningsprogramma mee te doen, kunnen zich daarvoor aanmelden via de website www.waardigheidentrots.nl. Bij de aanpak wordt per aanbieder allereerst een analyse van de problemen gemaakt, op basis waarvan een plan wordt opgesteld om de problemen aan te pakken. Kernelementen hierbij zijn de competenties van het personeel, teamsamenstelling en sturing. Het heeft zich nog niet voorgedaan dat het aantal verzoeken het aantal plekken oversteeg.

Vraag 436

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 436:

Zoals in antwoord op vraag 232 van de schriftelijke vragen over de begroting 2016 (Kamerstuk 23 200 XVI, nr. 12) 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 437

Welke veelbelovende innovaties zitten in de fast track met betrekking tot zorg?

Antwoord 437:

Het Fast Track eHealth initiatief richt zich op MKB bedrijven in de zorgsector die innovatieve eHealth toepassingen hebben ontwikkeld. De toepassingen hebben bij brede opschaling een «high impact» voor de patiënt, in termen van zelfregie, zelfzorg en/of zelfredzaamheid. Voorbeelden hiervoor zijn toepassingen voor thuismonitoring, zelfmetingen, digitale keuzehulpen of (digitale platformen voor) communicatie tussen patiënten, zorgverleners en mantelzorgers. Het initiatief dient nog van start te gaan. Ik zal uw Kamer voor het einde van het jaar informeren over de wijze van selectie van specifieke toepassingen binnen het Fast Track initiatief.

Vraag 438

Hoeveel kosten de HKZ en andere keurmerken in de zorg?

Antwoord 438:

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 439

Hoeveel keurmerken per merk worden jaarlijks afgegeven?

Antwoord 439:

Centraal worden geen gegevens bijgehouden hoeveel keurmerken per merk jaarlijks worden afgegeven.

Vraag 440

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

Antwoord 440:

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 besparing niet bekend.

Vraag 441

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

Antwoord 441:

Er bestaan geen keurmerken als zodanig die gebruikt worden bij de zorginkoop. Uit een inventarisatie is gebleken dat zorgkantoren geen specifieke kwaliteitskeurmerken eisen. Wel moeten aanbieders verklaren dat zij een kwaliteitssysteem hebben dat in ieder geval als onderdeel heeft dat er een onafhankelijke externe toetsing plaatsvindt. Aanbieders zijn daarmee dus vrij in de keuze voor een kwaliteitssysteem. Als er een door het Zorginstituut gevalideerde kwaliteitsstandaard is, zal dat ook leidraad zijn bij de zorginkoop.

Vraag 442

Wat kost de minutenregistratie jaarlijks?

Antwoord 442:

Van rijkswege 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 deze kost.

Vraag 443

Wat kost jaarlijks de bureaucratie in Nederland?

Antwoord 443:

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

Vraag 444

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

Antwoord 444:

Zie het antwoord op vraag 162.

Vraag 445

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

Antwoord 445:

Zie het antwoord op vraag 405.

Vraag 446

Hoe wordt er concreet versterkt ingezet op verdere vermindering van de bureaucratie in de zorg? Welke besparing verwacht de Minister hiervan?

Antwoord 446:

Zie het antwoord op vraag 404.

Voorts hanteert het kabinet het streefcijfer om de regeldruk voor bedrijven, burgers en professionals in de periode 2012–2017 structureel met € 2,5 miljard te verlagen. Zo is de lastendruk door verschillende maatregelen van VWS tot nu toe met zo'n € 215 miljoen afgenomen. Bij dit bedrag is het belangrijk om op te merken dat dit niet altijd correspondeert met de afname van de ervaren afname van de regeldruk. Hoewel sommige maatregelen op papier wel degelijk een effect hebben, nam de ervaren regeldruk niet altijd navenant af. Dit onder meer doordat de regeldruk wordt afgemeten aan overheidsregulering maar dat de regeldruk zeker niet enkel door overheidsregulering wordt veroorzaakt, maar door meerdere factoren. Bijvoorbeeld door de informatie uitvraag door verschillende partijen en organisaties buiten de eigen zorginstelling en uitvraag, processen en procedures binnen de eigen zorginstelling. Of doordat informatie uitvragen onvoldoende gelijktijdig en uniform worden gedaan. Anderzijds zijn er verschillende maatregelen die weliswaar de ervaren regeldruk verminderen, maar niet voor de kabinetsdoelstelling meetellen. Denk bijvoorbeeld aan de afgeschafte formulieren in het kader van «Het roer moet om».

Om een meer gespecificeerde duiding te krijgen van de administratieve lasten die gemaakt worden door zorgverleners dan mogelijk is op basis van de huidig beschikbare data zou bij hen extra gegevensuitvraag moeten worden gedaan. Dit zou in zichzelf al een verdere stijging van de administratieve lasten met zich meebrengen. Ik ben dan ook niet voornemens hiertoe nieuwe verplichtingen op te leggen. Wel ben ik voornemens in enkele sectoren een monitor uit te voeren op de resultaten van de maatwerkenpak om meer inzicht te krijgen in welk effect deze aanpak in de praktijk heeft.

Vraag 447

Op welke wijze ziet ondersteuning van zorgaanbieders door middel van een domeinoverstijgende regelarme werkwijze er concreet uit?

Antwoord 447:

Dit krijgt onder andere vorm door meer ruimte in de bekostiging te bieden. De beleidsregel innovatie van de NZa geeft zorgaanbieders onder zowel de Zorgverzekeringswet als de Wet langdurige zorg de mogelijkheid om maximaal drie jaar kleinschalig te experimenteren met nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs/kwaliteitverhouding, efficiënte zorgorganisatie of de verbetering van de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Zo wordt bijvoorbeeld ingezet op ketenzorg astma of multidisciplinaire eerstelijns ouderenzorg. Aanvullend daarop verken ik de mogelijkheden hoe meer ruimte in de bekostiging verder kan bijdragen aan de bevordering van de samenwerking tussen verschillende sectoren of in substitutie van zorg. Bijvoorbeeld voor zorginnovatie of innovatieve vormen van bekostiging zoals ketenafspraken, uitkomstfinanciering, populatiebekostiging of casemanagement.

Vraag 448

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 2006–2016?

Antwoord 448:

Sinds 2011 verzamelt en publiceert Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de resultaten van zorgverzekeraars naar aanleiding van de formele en materiële controles en fraudeonderzoeken over de jaren 2010 tot en met 2015. Onderstaand overzicht geeft voor de jaren 2010–2015 de geconstateerde onjuiste declaraties uit de formele en materiële controle en de door zorgverzekeraars vastgestelde fraude weer. Alle onterecht uitgekeerde declaraties worden in beginsel teruggevorderd, ongeacht of het om een fout of om fraude gaat. De cijfers over 2016 zijn nog niet beschikbaar.

x € 1 miljoen	2010	2011	2012	2013	2014	2015
onjuistheden n.a.v. controle vastgestelde fraude zorgverzekeraars	106	167	198	329	449	485
	6,2	7,7	6	9,3	18,7	11,1

Vraag 449

Wat is de precieze omvang van fraude in de zorg?

Antwoord 449:

De precieze omvang van zorgfraude is niet bekend. Het is zeer moeilijk hier een inschatting van te geven. Dit geldt niet alleen voor zorgfraude, maar ook in andere sectoren is het in beeld brengen van de totale omvang van fraude lastig. Er is immers niet in beeld wat in controle-, toezichts- en strafrechtelijk onderzoek niet naar boven is gekomen. Ook in het door de NZa in 2014 gepubliceerde samenvattend rapport «*Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg*» kwam naar voren dat het berekenen van de omvang van zorgfraude niet zonder meer mogelijk is gebleken. Wel geeft dit rapport een inschatting van financiële onregelmatigheden in de zorg. Ook is bekend wat er uit controle- en fraudeonderzoek door zorgverzekeraars naar voren is gekomen. Zie voor een overzicht van de resultaten van controle- en fraudeonderzoek door zorgverzekeraars het antwoord op vraag 448.

Van belang is dat op risico's op onrechtmatigheden adequaat maatregelen worden genomen. Door middel van het programma *Rechtmatige Zorg, aanpak van fouten en fraude*, geeft VWS hier invulling aan. Uitgangspunt hierbij is een brede integrale ketenaanpak, waar preventie, controle, toezicht en een slimme inzet van het strafrecht allen onderdeel van uitmaken.

Vraag 450

Hoeveel fraudezaken die betrekking hebben op de gezondheidszorg worden momenteel behandeld door het Openbaar Ministerie, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 450:

Over het aantal zaken dat in 2015 vanuit het Centraal Selectieoverleg Zorg (CSO Zorg) is opgepakt via het bestuurs- dan wel het strafrecht, bent u het meest recent geïnformeerd via de verzamelbrief van januari (Kamerstuk 34 300, nr. 153). De cijfers over 2016 zijn pas begin 2017 beschikbaar. Het Openbaar Ministerie zal deze opnemen in de Fraudemonitor 2016.

Vraag 451

In welke zorgsectoren vindt de meeste fraude plaats, en wat zijn de oorzaken hiervan?

Antwoord 451:

De precieze omvang van fraude in de zorg is niet bekend. Het is daarom moeilijk om met zekerheid aan te geven in welke zorgsectoren de meeste fraude voorkomt. Wel geven de cijfers van zorgverzekeraars een indicatie. De afgelopen jaren stelden zorgverzekeraars de meeste gevallen van fraude vast in de pgb-regeling (74% van de vastgestelde fraudes in 2015). Gelet op de doorlooptijd van fraudeonderzoeken, zullen deze cijfers nog deels toezien op de situatie onder de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz). Ze zijn daarom niet per definitie representatief voor de huidige situatie. In het onderzoek naar frauderisico's in het stelsel heeft NZa er op gewezen dat de pgb regeling meer vrijheid biedt, en daarmee ook de mogelijkheden tot fraude vergroot (Kamerstuk 28 828, nr. 56)

Andere sectoren die in 2015 naar voren kwamen, zijn de paramedische zorg (6% van de door zorgverzekeraars vastgestelde fraude), ggz (5%), farmacie (3%) en ziekenhuiszorg (3%). Voor de risico's per sector verwijs ik naar het onderzoek van de NZa.

Vraag 452

Zijn er zorgorganisaties die op dit moment onder verdenking staan van het Openbaar Ministerie?
Hoeveel personen zijn in 2016 opgepakt voor fraude in de zorg?

Antwoord 452:

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 453

Hoeveel personen zijn berecht in 2016 voor fraude in de zorg?

Antwoord 453:

De opsporingsinstanties en het OM houden dit niet systematisch in de zaaksadministratie bij.

Vraag 454

Hoeveel Fte's zijn beschikbaar voor de fraudeopsporing, uitgesplitst naar de NZa, het Functioneel Pakket, het Openbaar Ministerie en de Zorgverzekeraars?

Antwoord 454:

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. Eerder heeft de Staatssecretaris uw Kamer mede namens de Minister geïnformeerd dat de Inspectie SZW vanaf 2016 opnieuw (structureel) extra middelen ontvangt voor deze taak. Met deze middelen breidt de Inspectie SZW zijn capaciteit verder uit naar circa 68 fte.

Ook de capaciteit van het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie (OM/FP) is in 2016 naar rato uitgebreid met (structureel) 3 fte. Dit is

aanvullend op de 5 fte het OM/FP er vanaf 2015 structureel bij heeft gekregen. 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 20.000 opsporingsuren.

Voor de capaciteit van de NZa verwijs ik naar het antwoord op vraag 455.

Volledigheidshalve merk ik op dat zorgverzekeraars formeel juridisch gezien geen opsporingstaak hebben. Zij voeren wel reguliere (formele en materiële) controles uit op de rechtmatigheid van de door zorgaanbieders en verzekeren ingediende declaraties. Bij vermoedens van fraude kunnen zorgverzekeraars ook een onderzoek instellen. Zorgverzekeraars Nederland houdt geen administratie bij van de aantallen medewerkers die bij de verschillende zorgverzekeraars zijn belast met het uitvoeren van controles en (fraude)onderzoeken.

Vraag 455

Hoeveel Fte's waren er in 2016 in totaal belast met toezichthouden in de zorg? Hoeveel was dat aantal in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015? Hoe was dat uitgesplitst naar toezichthoudende instanties, zoals FIOD, NVWA, NZa, IGZ en Inspectie Jeugdzorg?

Antwoord 455:

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.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
IGZ	393	393	447	490	516	538	538	610
IJZ	63	62	59	61	62	63	67	67
NZa	–	45	42	40	50	80	96	100
Totaal	456	500	548	591	628	681	701	777

Vraag 456

Hoeveel (fraude-)onderzoeken zijn er door de NZa gedaan in 2016? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel? En hoeveel tot een strafrechtelijke? Hoeveel waren die aantallen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 456:

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de bestuursrechtelijke maatregelen die de NZa in de periode 2011–2016 (januari t/m begin oktober) heeft uitgevoerd op het terrein van correct declareren. Vanaf 2011 is onderstaand overzicht gehanteerd voor registratie van toezichtmaatregelen. Voor de jaren 2009 en 2010 hanteerde de NZa een andere wijze van registreren. Voor de maatregelen in die jaren verwijs ik uw Kamer naar de jaarverslagen van de NZa. Die zijn te vinden op de NZa website.

Activiteiten	2011	2012	2013	2014	2015	2016 ¹
Interventies bij zorgaanbieders ²	26	102	34	26	382	6
Interventies bij zorgverzekeraars en zorgkantoren ²	8	31	49	505	117	95
Opgelegde boetes n.a.v. signalen en handhavingsacties	2	2	3	1	2	2
Handhaving informatieverplichtingen	301	251	370	491	318	115
Last onder dwangsom op grond van informatieverplichtingen	71	20	58	115	22	18
Totaal	408	406	514	1138	841	236

¹ Cijfers t/m begin oktober.

² Een interventie is een actie van de NZa richting een toezichtobject, met als doel om een ongewenste situatie te beëindigen. Een interventie kan een rapportageverplichting, informatieverzoek, normoverdragend gesprek en de inzet van formele handhavingsinstrumenten (voornemen tot) aanwijzing of last onder dwangsom zijn.

Over het aantal zaken dat vanuit het Centraal Selectieoverleg Zorg (CSO Zorg) is opgepakt via het bestuurs- dan wel het strafrecht, bent u het meest recent geïnformeerd via de verzamelbrief van januari (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 12). De cijfers over 2016 zijn pas begin 2017 beschikbaar.

Vraag 457

Hoeveel opsporingscapaciteit is er voor fraude met het pgb, zowel bij het Openbaar Ministerie, FIOD/ECD, Inspectie SZW en zorgkantoren?

Antwoord 457:

In het antwoord op vraag 454 heb ik, voor zover er cijfers beschikbaar zijn, aangegeven hoeveel capaciteit de genoemde partijen beschikbaar hebben voor de aanpak van fraude in de zorg. Het is niet mogelijk om deze cijfers verder te specificeren naar zorgsectoren of zorgsoorten.

Vraag 458

Waarom is er, mede gezien de instroom van veel mensen uit andere landen, geen financiering/ subsidiering voor de opleiding Internationale Gezondheidszorg en Tropische Geneeskunde in het kader van hetzij publieke gezondheidszorgopleidingen, hetzij innovatie beroepen en opleidingen?

Antwoord 458:

Over de financiering voor de opleiding Internationale Gezondheidszorg en Tropische Geneeskunde zijn eerder vragen gesteld. Graag verwijs ik u naar de beantwoording d.d. 2 februari 2015 van vragen van het lid Dik-Faber (aanslag Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 656) en de beantwoording d.d. 28 juni 2016 van de vragen die de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft gesteld naar aanleiding van de brief van 3 mei 2016 inzake de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoopleidingen.

Sindsdien hebben geen ontwikkelingen plaatsgevonden, die aanleiding geven tot een wijziging van mijn daarin weergegeven standpunt. Ik blijf evenwel de ontwikkelingen volgen en zal zo nodig nadere actie ondernemen.

Vraag 459

Hoe wordt na 2017 vervolg gegeven aan de subsidieregeling opleidingen publieke gezondheidszorg, omdat er nog steeds tekorten zijn aan de hoeveelheid arts maatschappij en gezondheid?

Antwoord 459:

Op dit moment wordt de subsidieregeling opleidingen publieke gezondheidszorg geëvalueerd. Naar verwachting wordt de evaluatie nog dit jaar aan uw Kamer aangeboden. Mede op grond van de uitkomsten van deze evaluatie vindt besluitvorming plaats over de voortzetting van de subsidieregeling na 2017.

In mijn brief van 6 juli 2016 (Kamerstuk 29 282, nr. 255) heb ik mijn aanpak geschetst om met de diverse betrokkenen in de sector een breed traject te starten ter bevordering van de instroom in opleidingen. Hoewel er minder gespecialiseerde artsen worden opgeleid dan geraamd, heeft dit in de praktijk niet geleid tot knelpunten in de zorg (Bron: Capaciteitsorgaan).

Vraag 460

Wanneer kan de wijziging van de Wet BIG worden verwacht, waarin innovatie van de beroepen wordt vastgelegd? Zijn de geplande uitgaven aan de wetswijziging gebonden?

Antwoord 460:

Het streven is om het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet BIG rondom de beroepenregulering nog dit jaar in internetconsultatie te brengen en na de zomer van 2017 naar de Tweede Kamer te sturen.

De geplande uitgaven voor innovatie, beroepen en opleidingen zijn niet aan de wetswijziging gebonden, maar hebben betrekking op diverse kostenposten die samenhangen met innovatie, beroepen en opleidingen, bijvoorbeeld evaluatie van bestaande wetgeving.

Vraag 461

Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn de afgelopen jaren teruggezet van FWG 15 naar FWG 10?

Antwoord 461:

Ik beschik niet over gegevens over hoeveel huishoudelijk verzorgenden de afgelopen jaren zijn teruggezet van FWG 15 naar FWG 10. Teruggang van FWG 15 naar FWG 10 kan alleen in het kader van een functieherindelingsprocedure zoals omschreven in de CAO VVT. De werknemer kan bezwaar tegen de herindeling maken. Dit kan uiteindelijk uitmonden in een geschil over de arbeidsovereenkomst waar de rechter zich over moet buigen. Dat een en ander niet zomaar kan geschieden, is bijvoorbeeld door de rechtbank Overijssel beslist op 13 november 2015 in de zaak over verlaging van salarissen bij TSN Thuiszorg.

Vraag 462

Hoeveel en welke interim-managers zijn in 2016 werkzaam (geweest), uitgesplitst naar alle zorgsectoren?

Antwoord 462:

Ik beschik niet over de door u gevraagde informatie en kan u die dan ook niet leveren.

Vraag 463

Hoeveel topbestuurders kent Nederland, per sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH, en wie zijn dit?

Antwoord 463:

Er is geen definitie van het begrip «topbestuurder». 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 2015 over het verslagjaar 2014 (Kamerstuk 30 111 nr. 91) waren er in 2014 in totaal 1.216 bestuurders van Wtzi- instellingen (Wet Toelating Zorginstel-

lingen). Hierbij is geen verder onderscheid naar deelsectoren gemaakt. Eind dit jaar ontvangt u de WNT-jaarrapportage over verslagjaar 2015.

Vraag 464

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

Antwoord 464:

Jaarlijks stuurt het kabinet een overzicht van alle topinkomens in de publieke en semipublieke sector in Nederland naar de Tweede Kamer. Dit op grond van artikel 7.1 van de WNT (Wet Normering Topinkomens). Volgens de rapportage van eind 2015 over het verslagjaar 2014 (Kamerstuk 30 111, nr. 91) waren er in 2014 in totaal 1.216 bestuurders van Wtzi- instellingen (Wet Toelating Zorginstellingen). Zij hadden een gemiddelde bezoldiging van € 141.414. Hierbij is geen verder onderscheid naar deelsectoren gemaakt. Eind dit jaar ontvangt u de WNT- jaarrapportage over verslagjaar 2015.

Vraag 465

Kunt u een nadere toelichting geven op het programma «Versterking Uitvoeringspraktijk JGZ», gefinancierd vanuit ZonMw op de post Kennisprogramma's Jeugd van artikel 5? Hoeveel wordt uitgegeven aan dit programma en wat is het beoogde resultaat?

Antwoord 465:

Het programma Versterking Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg heeft tot doel de JGZ beter toe te rusten op het uitvoeren van het Basispakket JGZ binnen de decentralisatie van de zorg voor jeugd en de veranderingen die dit voor de JGZ met zich meebrengt. Van 2015 t/m 2018 is hiervoor € 4,8 miljoen beschikbaar. Het programma zal zich met name richten op het verder onderbouwen en waar nodig doorontwikkelen van veelbelovende innovatieve werkwijzen.

Vraag 466

Wat was de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage voor zowel de Wmo als Wlz over 2016?

Antwoord 466:

De Wlz-ontvangsten 2016 worden geraamd op € 1.826,1 miljoen. Dit is opgenomen in de tabel op pagina 239 van de VWS-begroting 2017.

De Wmo eigen bijdrage opbrengsten worden niet geraamd in de VWS begroting. De eigen bijdrage opbrengsten Wmo voor maatwerkvoorzieningen en beschermd wonen zijn voor 2015 geraamd op circa € 340 miljoen.

Vraag 467

Wat wordt de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, zowel voor de Wmo als de Wlz in 2017?

Antwoord 467:

De Wlz-ontvangsten 2017 worden geraamd op € 1.815,3 miljoen (zie de tabel op pagina 239 van de VWS-begroting 2017).

De Wmo eigen bijdrage opbrengsten worden niet geraamd in de VWS begroting. Zie ook het antwoord op vraag 466.

Vraag 468

Hoeveel en welke gemeenten hebben de eigen bijdrage voor zorg verhoogd?

Antwoord 468:

Op basis van gegevens van het CAK blijkt dat er 4 gemeenten zijn die de parameters voor de 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.

Vraag 469

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

Antwoord 469:

Op grond van informatie van het CAK blijkt dat alle gemeenten eigen bijdragen vragen voor op grond van de Wmo 2015 verstrekte maatwerkvoorzieningen.

Vraag 470

Hoeveel geld wordt bij de NZa gereserveerd voor de brede integrale inventarisatie die de knelpunten in de bekostiging van palliatieve zorg in kaart brengt?

Antwoord 470:

Momenteel loopt een eerste oriënterende fase van de inventarisatie van de bekostiging van de palliatieve zorg. Afhankelijk van de uitkomsten van deze fase bepaalt de NZa vervolgens de benodigde capaciteit voor de brede integrale inventarisatie.

Vraag 471

Wat kost het CAK jaarlijks?

Antwoord 471:

De kosten bedroegen in 2014 ca. € 102 miljoen en in 2015 ca. € 100 miljoen. De prognose voor het jaar 2016 is ca. € 87 miljoen. Het betreffen hier uitvoeringskosten voor de financiering van Wlz-instellingen, inning eigen bijdrage Wmo en Wlz, uitvoering/ontmanteling Wtgc en CER, verstrekken Schengenverklaringen, uitvoering subsidieregelingen, uitvoering/ontmanteling inning ouderbijdrage Jeugdwet en het beheer Regelhulp.

Vraag 472

Hoeveel klachten en bezwaren heeft het CAK het afgelopen jaar gekregen, en hoeveel waren dat in voorgaande jaren?

Antwoord 472:

Onderstaand is opgenomen een overzicht van het totaal aantal klachten en bezwaren over alle regelingen die het CAK uitvoert (Wmo 2015/Wlz) of in het verleden heeft uitgevoerd (Wmo/AWBZ/Wtgc/CER).

Jaar	Klachten	Bezwaren		
		Eigen bijdrage (AWBZ/Wlz/Wmo/Wmo 2015)	Compensatie eigen risico	Wtgc
2011	441	3.828	2.065	5.839
2012	518	2.457	1.156	7.040
2013	677	4.583	698	5.459

Jaar	Klachten	Bezwaren		
		Eigen bijdrage (AWBZ/Wlz/ Wmo/Wmo 2015)	Compensatie eigen risico	Wtcg
2014	645	2.363	382	3.297
2015	868	4.063	12	1.182
2016 (t/m 1 juli)	517	2.486	0	27

Vraag 473

Kunt u aangeven hoe groot de bezuinigingen waren bij het afschaffen van de Wtcg en de Cer?

Antwoord 473:

Zie het antwoord op vraag 708.

Vraag 474

Wat is het verwachte resultaat van het Programma Rechtmatige zorg in 2017? Verwacht u meer opsporing en vervolging van fraude, en wat wordt er concreet in 2017 gedaan om PGB-fraude, met name ook van zorgaanbieders, in 2017 actiever op te sporen?

Antwoord 474:

Het programma *Rechtmatige Zorg* bevat een scala aan activiteiten van patiënt-cliëntorganisaties tot en met het Openbaar Ministerie die gericht zijn op het bevorderen van rechtmatige zorg. Het resultaat is een ketenbrede aanpak van fouten en fraude, van preventie, controle tot en met handhaving. Fouten en fraude in de zorg zijn bespreekbaar geworden. Ook zijn de normen, en daaronder versta ik hetgeen we van elkaar verwachten, door de inzet van de bij het programma betrokken partijen verhelderd. Dit door bijvoorbeeld het uitvoeren van fraudetoetsen op wet- en regelgeving, meer aandacht voor controles door zorgverzekeraars. Het bewustzijn van het belang van rechtmatige zorg is vergroot door bijvoorbeeld de ondersteuning van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) om kennis bij gemeenten over de aanpak van fouten en fraude in de zorg op peil te krijgen. Bij het Centraal Meldpunt Zorgfraude kan iedereen, zowel burgers als professionals, terecht bij een vermoeden van fraude. Tenslotte is er veel extra inzet gepleegd op het terrein van onderzoek en opsporing. Voorbeelden daarvan zijn de toegenomen opsporings- en toezichtscapaciteit voor zorgfraude en de handhavingstrategie voor de aanpak van pgb-fraude die de partijen deelnemend aan de Taskforce Integriteit Zorgsector thans ontwikkelen. In deze handhavingstrategie beschrijven de partners aan de hand van een probleemanalyse wat het beoogde nalevingseffect is en welke instrumenten zij in het kader van de handhaving gaan inzetten. Zo ontstaat een meer gecoördineerde aanpak van fraude met pgb's, waarin de activiteiten van de landelijke en decentrale partners op elkaar aansluiten. Tenslotte is samen met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG), het Openbaar Ministerie en opsporingsdiensten de inzet van de onafhankelijk, deskundig arts mogelijk gemaakt. Strafrechtelijk onderzoek kan zo effectiever worden uitgevoerd waarbij het medisch beroepsgeheim maximaal gewaarborgd blijft.

Vraag 475

Wanneer wordt de voortgang van het Programma Rechtmatige zorg aan de Kamer gerapporteerd?

Antwoord 475:

Op zeer korte termijn wordt u nader geïnformeerd over de voortgang van het programma Rechtmatige Zorg via de rapportage Voortgang Rechtmatige Zorg 2016.

Vraag 476

Hoeveel kinderen en jongeren maken gebruik van de jeugdzorgvoorzieningen, uitgesplitst in de verschillende vormen van jeugdhulp? Hoeveel waren dat er in 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 476:

Het aantal jeugdigen dat gebruik maakte van voorzieningen is moeilijk uniform te bepalen, omdat er niet in alle wettelijke kaders data zijn bijgehouden over unieke jeugdigen, terwijl individuele personen wel een aanbod kregen uit verschillende voorzieningen. Grote voorzichtigheid is dus gepast bij vergelijkingen van voor en na 1 januari 2015. De aantallen zijn:

Jaartal	2013	2014	2015
Jeugdigen	376.000	370.000	362.000

Vraag 477

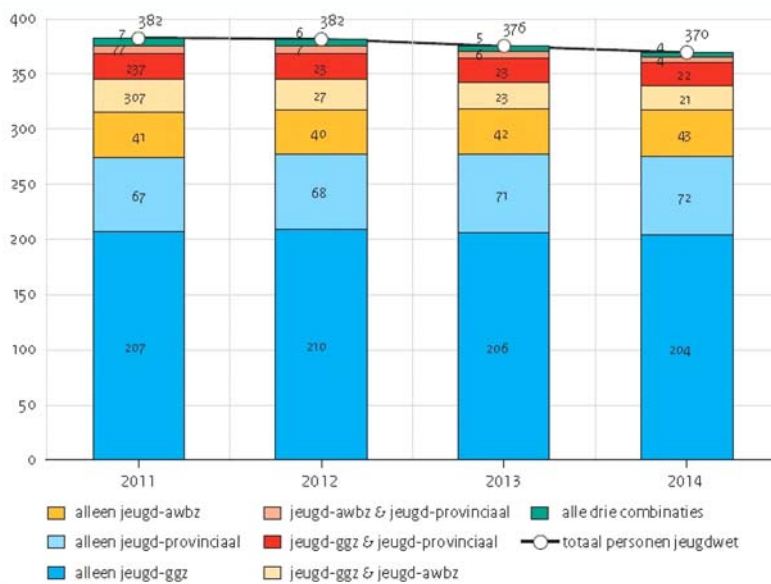
Kunt u gesplitst per financieringsstroom aangeven hoeveel kinderen en jongeren gebruik maken van jeugdhulp? Hoe waren deze getallen in 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 477:

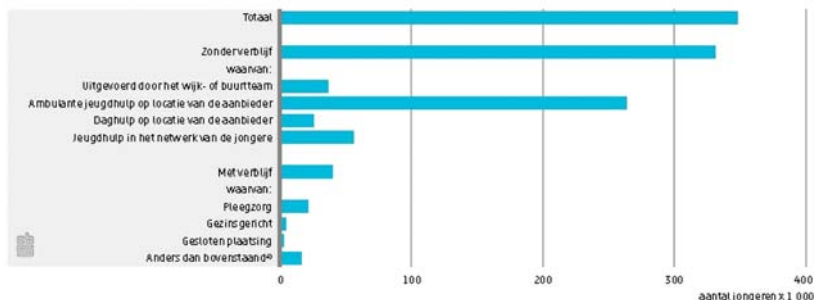
Het gebruik van jeugdhulp van voor 1 januari 2015 en erna is niet te vergelijken. Voor 1 januari 2015 zaten de kinderen in diverse stelsels, was er veel overlap en hield bv de Wjz geen cijfers bij van unieke kinderen, maar indicaties. Met de nieuwe Jeugdwet zijn wel gegevens beschikbaar op het niveau van unieke cliënten en hun jeugdhulpgebruik, van ambulante jeugdhulp tot opnamen in een gedwongen kader. Dit alles laat zich illustreren door de bijgevoegde tabellen uit de SCP rapportage sociaal domein 2015 voor de jaren 2011 tot en met 2014 en de rapportage CBS Jeugdhulp 2015.

Figuur 2.13

Ontwikkeling van het gebruik van Jeugdwetvoorzieningen naar financieringsbron, 2011-2014 (in aantallen gebruikers x 1000)^a



1.0.1 Jongeren met jeugdhulp, 2015^{a1)}



Bron: CBS.

^{a1)} Personen van 0 tot en met 22 jaar. Jongeren met meerdere hulpvormen komen meerdere malen in de figuur voor.

^{a2)} Verblijf bij een jeugdhulpaanbieder anders dan pleegzorg, gezinsgerichte jeugdhulp of gestoten plaatsing.

Vraag 478

Hoeveel jeugdzorginstellingen zijn er actief in het totale jeugdzorgveld? Hoeveel waren dat er in 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 478:

In de oude stelsels waren er diverse aanbieders werkzaam op het domein van jeugd, soms gespecialiseerd en soms voor een deel. Hier zijn geen data van, anders dat voor de provinciale jeugdhulp zo rond de 60 aanbieders actief waren. Voor het nieuwe stelsel is via de CBS beleidsinformatie jeugd bekend, dat er in 2015 zo'n 2700 aanbieders actief waren. Dit grote aantal hangt samen met de grote hoeveelheid kleine aanbieders (soms één of enkele personen) in de jeugd-GGZ. Hierbij moet in aanmerking worden genomen dat 93% van de aangeschreven jeugdaanbieders beleidsinformatie heeft geleverd. Het is niet bekend of die 7% jeugdhulpaanbieders in 2015 geen jeugdhulp heeft geleverd of in gebreke

is gebleven. Alle grote jeugdhulpaanbieders hebben de beleidsinformatie wel geleverd.

Vraag 479

Hoeveel particuliere jeugdzorgvoorzieningen zijn er? Bij hoeveel instellingen is er een vorm van toezicht, bijvoorbeeld door de GGD of de Inspectie?

Antwoord 479:

Antwoord: Het is niet bekend hoeveel particuliere jeugdvoorzieningen er zijn. Als het gaat om particuliere jeugdhulpaanbieders die niet gecontracteerd worden door een gemeente, zijn zij geen jeugdhulpaanbieders in de zin van de Jeugdwet en vallen zij niet onder het toezicht van de inspectie. Als het gaat om particuliere jeugdvoorzieningen met verblijf, zoals particuliere opvang voor minderjarige slachtoffers van loverboys, zullen deze in het algemeen onder de Wet op de jeugdverblijven vallen. In deze wet, van kracht sinds 1 juli 2016, wordt onder jeugdverblijf verstaan:

- een niet door een Nederlandse overheid of krachtens de wet bestemde instelling,
- waar ten minste vier minderjarigen elk gedurende een half jaar meer dan de helft van de tijd buiten familie- of gezinsverband overnachten.

In deze wet is het toezicht opgedragen aan de gemeente waarin het jeugdverblijf is gevestigd.

Vraag 480

Hoeveel gemeenten kiezen ervoor om niet te werken met indicaties, maar enkel met doorverwijzingen via de hulpverlening?

Antwoord 480:

Voor een deel van de jeugdhulp is geen indicatie, verwijzing of beschikking nodig. Gemeenten geven op grond van de Jeugdwet in hun verordening aan welke jeugdhulp vrij toegankelijk is en voor welke jeugdhulp eerst een beschikking van de gemeente noodzakelijk is. Dat levert een forse vereenvoudiging op vergeleken met de verplichte indicaties die op grond van de Wet op de jeugdzorg opgesteld dienden te worden. Hoe gemeenten/regio's dit precies vormgeven verschilt per gemeente/regio, ik heb hier geen cijfers over. De colleges van burgemeester en wethouders leggen verantwoording af aan de gemeenteraden.

Vraag 481

Hoe groot is momenteel de gemiddelde caseload van een (gezins-)voogdijwerker?

Antwoord 481:

De gegevens over de gemiddelde caseload zijn niet beschikbaar omdat (gezins-)voogdijwerkers afhankelijk van het gemeentelijke beleid (b.v. gezinsgericht werken en de integrale aanpak) activiteiten kunnen uitvoeren in het kader van zowel de jeugdbescherming, de jeugdreclassering alsmede de preventieve jeugdbescherming. De afspraken over de inzet van de gezinsvoogdijwerker (binnen de wettelijke kaders) verschillen per regio en derhalve is dan ook geen sprake meer van een gemiddelde caseload.

Het is aan de gecertificeerde instelling om ervoor zorg te dragen dat de (gezins-)voogdijmedewerker en de jeugdreclasseringsmedewerker voldoende is toegerust en voldoende tijd heeft om overeenkomstig de normen van het certificeringsschema zijn wettelijke taak voor het beschermen van kinderen uit te kunnen voeren. Het is aan de gemeenten om bij de inkoop van jeugdbescherming en jeugdreclassering zodanig in

te kopen dat de gecertificeerde instelling in staat is om deze taken conform de normen van het certificeringsschema en conform de wettelijke vereisten uit te kunnen voeren.

Vraag 482

Hoeveel ondertoezichtstellingen waren er in 2014 en 2015, en wat was de gemiddelde duur van een ondertoezichtstelling?

Antwoord 482:

Eind 2014 werden 25.395 kinderen begeleid in het kader van een ondertoezichtstelling. Eind 2015 waren dit er 21.355. De gemiddelde duur van een ondertoezichtstelling is in deze periode licht gedaald van 3,07 in 2014 naar 3,01 jaar in 2015.

Conform de toezegging aan het lid Voordewind in het AO Jeugd van 30 juni 2016, zal ik uw Kamer ten behoeve van het WGO jeugd van 14 november nader informeren (voortgangsbrief jeugd) over de ontwikkeling van het aantal ondertoezichtstellingen in de 1^e helft van 2016.

Vraag 483

In hoeveel gemeenten is bij de inkoop van jeugdhulp voor 2017 gebruik gemaakt van Treeknormen?

Antwoord 483:

Er is geen onderzoek verricht naar het gebruik van Treeknormen door gemeenten en aanbieders voor de inkoop 2017. Op mijn verzoek komen gemeenten en aanbieders met voorstellen over hoe wachttijden te gaan monitoren, welke afspraken zij hierover maken en hoe zij burgers hierover informeren. Ik zal uw Kamer hierover berichten via de voortgangsbrief die ik u voor de begrotingsbehandeling van 14 november zal doen toekomen.

Vraag 484

Zijn er gemeenten die niet werken met Treeknormen?

Antwoord 484:

Binnen de jeugdhulp worden vooralsnog geen Treeknormen gehanteerd. Ik heb gemeenten en aanbieders gevraagd om met een voorstel komen hoe om te gaan met wachttijden, hoe zij deze gaan monitoren en hoe zij burgers hierover gaan informeren. Ik zal uw Kamer hierover berichten via de voortgangsbrief voor het begrotingsoverleg van 14 november aanstaande.

Vraag 485

Hoeveel verschillende product-, verantwoordings- en factureringscodes worden er op dit moment gehanteerd in de jeugdhulp?

Antwoord 485:

In 2015 waren er 140.000 productcodes. Hierop heeft de VNG er 424 gedefinieerd. Het aantal productcodes is dus sterk verminderd. Kanttekening hierbij is dat nog niet alle gemeenten zich houden aan de VNG productcodes. Toch is de problematiek sterk verminderd, doordat de productcodes inmiddels in de administratie van jeugdhulpaanbieders zijn opgenomen. De VNG en branches van aanbieders richten zich op het structureren van de inkoop door het consequent toepassen van de uitvoeringsvarianten en bijbehorende standaardartikelen. VNG en Branches van aanbieders stimuleren hun achterbannen voor facturering gebruik te maken van de standaarden informatiemodel Jeugdwet (iJw).

Vraag 486

Hoeveel gemeenten werken met het ISD-programma?

Antwoord 486:

De drie ISD-uitvoeringsvarianten zijn sinds medio 2015 beschikbaar. De daarop gebaseerde standaardartikelen zijn afgelopen zomer gepubliceerd. Beide zijn breed bekend onder gemeenten en jeugdhulpaanbieders. Alom is ook de wil aanwezig om er mee te gaan werken.

Het is mij op dit moment niet bekend hoeveel gemeenten in 2017 daadwerkelijk met de ISD-uitvoeringsvarianten en -standaardartikelen (gaan) werken bij de lokale uitvoering van de jeugdhulp. Een aantal gemeenten heeft meerjarige contracten gesloten, andere gemeenten zitten nu volop in het inkoopproces.

Vraag 487

Hoeveel gemeenten gaan vanaf 2017 met het ISD-programma werken?

Antwoord 487:

De drie -uitvoeringsvarianten zijn sinds medio 2015 beschikbaar. De daarop gebaseerde standaardartikelen zijn afgelopen zomer gepubliceerd. Beide zijn breed bekend onder gemeentel en jeugdhulpaanbieders.

Nagenoeg alle 42 jeugdhulpregio's hebben de intentieverklaring getekend om bij nieuwe contractering van jeugdhulp in 2017, de drie ISD-uitvoeringsvarianten en ISD-standaardartikelen «van contract tot controle» te gebruiken. Het is mij op dit moment niet bekend hoeveel gemeenten in 2017 daadwerkelijk met de ISD uitvoeringsvarianten en -standaardartikelen (gaan) werken bij de lokale uitvoering van de jeugdhulp. Een aantal gemeenten heeft meerjarige contracten gesloten, andere gemeenten zitten nu volop in het inkoopproces.

Vraag 488

Hoeveel middelen worden er in totaal in 2017 besteed aan alle taken uit de jeugdwet? Hoeveel was dit in 2016 en 2015 en hoeveel was dit, gebaseerd op de taken in de Jeugdwet, in 2014 en 2013?

Antwoord 488:

Vanuit de Integratie-uitkering Sociaal Domein is het volgende budget beschikbaar voor de Jeugdhulp:

x € 1.000	2015	2016	2017
IUSD – Deel Jeugd	3.757.553 ¹	3.650.974 ²	3.505.674 ²

¹ Decembercirculaire 2015

² Septembercirculaire 2016

Er is geen goed vergelijkbaar beeld van de totale middelen in 2013 en 2014 voor taken die thans onder de Jeugdwet vallen omdat de middelen voor jeugd destijds onderdeel uitmaakten van andere wetten (AWBZ en ZvW) en hierbij geen uitsplitsing is gemaakt naar jeugdzorg.

Vraag 489

Kunt u in tabelvorm inzichtelijk maken welke mutaties er tussen 2011 en 2016 hebben plaatsgevonden in het totale budget voor de jeugdhulp zoals omschreven in de Jeugdwet en met welke (beleidsmatige) achtergrond?

Antwoord 489:

Er bestaat pas één budget Jeugdhulp vanaf het jaar 2015. Voor het jaar 2015 was dit budget onderdeel van verschillende andere budgetten. Mutaties die voor het jaar 2015 in deze budgetten hebben plaatsgevonden zijn niet specifiek toe te wijzen aan het budget Jeugdhulp, en daarom ook niet opgenomen in onderstaand overzicht.

Hieronder treft u een overzicht aan van de belangrijkste mutaties op het budget Jeugdhulp in de jaren 2015 en 2016. Daarnaast hebben nog een aantal relatief kleine, technische mutaties plaatsgevonden. Dit betreffen bijvoorbeeld posten die later nog naar het budget voor de Jeugdwet zijn overgeheveld. Aangezien dit puur technische mutaties betreft, zijn deze niet in dit overzicht opgenomen

Mutatie	2015	2016	Achtergrond mutatie
Taakstelling	minus € 120 miljoen	minus € 180 miljoen	Gemeenten kunnen door ontschotting en het tijdig bieden van passende hulp de jeugdhulp efficiënter organiseren.
Startstreepdiscussie J-AWBZ	–	minus € 104 miljoen	Zorggebruik in 2014 was lager dan geraamd, waardoor in 2015 een te hoog budget was overgeheveld. Hierover is afgesproken dat dit pas vanaf het jaar 2016 wordt gecorrigeerd.
WLZ-indiceerbaren	minus € 109 miljoen	–	Bij de behandeling van de Wet Langdurige Zorg in de Tweede Kamer is een aantal groepen cliënten geïdentificeerd die alsnog toegang krijgen tot de WLZ. Hiertoe was in eerste instantie budget naar gemeenten overgeheveld.
Groei (volume en loon- en prijsbijstelling)	plus € 36,5 miljoen	plus € 60,9 miljoen	Groei
Afschaffen ouderbijdrage Zorgakkoord	–	plus € 26,6 miljoen	Afschaffen van de ouderbijdrage.
Jeugdzorgakkoord	plus € 40 miljoen	–	Ter beperking van de arbeidsmarkteffecten van de decentralisatie van de jeugdhulp
Jeugdzorgakkoord	plus € 13,9 miljoen	–	Ter beperking van de arbeidsmarkteffecten van de decentralisatie van de jeugdhulp
Begrotingsakkoord 2014	plus € 20 miljoen ¹	–	T.b.v. een zorgvuldige invoering van de Jeugdwet

¹ alle bedragen zijn structureel, behalve de € 20 miljoen vanuit het begrotingsakkoord 2014. Dit is eenmalig.

Vraag 490

Hoeveel bedden zijn er verdwenen in de residentiële jeugdzorg, uitgesplitst naar type zorg?

Antwoord 490:

Voor de beleidsinformatie leveren aanbieders cijfers over het jeugdhulpgebruik. Wij houden geen cijfers bij over het aantal bedden en de af- en toename ervan. Op 31 oktober 2016 worden de halfjaarcijfers jeugdhulpgebruik 2016 door het CBS gepubliceerd en dan is wel te zien of het gebruik van jeugdhulp met verblijf toe- of afneemt.

Vraag 491

Hoeveel ontslagen zijn er gevallen in de jeugdzorg in 2015? Hoeveel ontslagen waren er in 2014, 2013, 2012 en 2011?

Antwoord 491:

Ontslaggegevens per branche zijn bekend via de monitor sectorplannen (zie antwoord op vraag 45). Deze gegevens gaan over de periode januari 2014 tot en met juni 2016. Cijfers over eerdere jaren zijn niet beschikbaar. Voor de sector jeugdzorg betreft het 2.752 WMCO (collectief ontslag)-meldingen, 1.315 ontslagaanvragen en 625 daadwerkelijk verleende ontslagvergunningen, cumulatief over de periode januari 2014 tot en met juni 2016. Bij het gebruik van vaststellingsovereenkomsten in geval van ontslag met wederzijds goedvinden en faillissementen is er echter geen ontslagvergunning van het UWV noodzakelijk is.

Vraag 492

Op basis van welke criteria wordt in 2017 besloten over een eventuele verlenging van een jaar van de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ)?

Antwoord 492:

Op basis van de voortgang van de transitie jeugdhulp, en op basis van de knelpunten die zich daarbij voordoen wordt besloten over de verlenging van de instellingsduur van de Transitie Autoriteit Jeugd. Ik ben hierover in gesprek met de gemeenten en met de zorgaanbieders.

Vraag 493

Op welke manier wordt er invulling gegeven aan de benodigde activiteiten?

Antwoord 493:

Het advies van de heer Sprokkereef is begin oktober 2016 aan de Tweede Kamer aangeboden. In het najaar van 2016 wordt in overleg met gemeenten, de Veilig Thuis organisaties en professionals, een uitvoeringsplan opgesteld. Dan zal duidelijk zijn wat de benodigde activiteiten zijn.

Vraag 494

Hoe wordt voorkomen dat andere prikkels dan alleen het belang van het kind hierin een rol gaan spelen?

Antwoord 494:

Het belang van het kind dient voorop te staan. Als andere belangen een rol spelen zal dat uitgangspunt dominant moeten zijn bij de verdere uiwerking.

Vraag 495

Wordt hierbij ook demedicalisatie meegenomen?

Antwoord 495:

Ja, zie het antwoord op vraag 496.

Vraag 496

Kinderen moeten de zorg krijgen die ze nodig hebben zonder dat er sprake is van over- of onderbehandeling. In 2017 volgt een nieuw plan voor «gepaste zorg» van de beroepsgroepen en het onderwijs. Wie gaat bepalen wat gepaste zorg is?

Antwoord 496:

Op dit moment is de uitvoering van het plan van aanpak gepaste zorg nog in volle gang. Een deel van de acties uit het huidige plan hebben nog een doorloop in 2017 waaronder de ontwikkeling van de zorgstandaard ADHD. Een nieuw plan voor 2017 is om die reden nu nog niet voorzien. Wat gepaste zorg is, wordt door behandelaar, ouders en kind in onderlinge afstemming afhankelijk van de problematiek en de context bepaald.

De beroepsgroepen en ouders hebben in 2015 met elkaar afgesproken dat onder gepaste zorg wordt verstaan:

- Er bij het bieden van zorg en het geven van onderwijs gekeken wordt naar wat een kind *nodig* heeft i.p.v. wat een kind *heeft* in samenspraak met kind en ouders.
- Er op tijd geboden wordt wat een kind nodig heeft en er, indien nodig op basis van zorgvuldige diagnostiek, tijdig gepaste zorg wordt geboden.
- De juiste professional (bevoegd en bekwaam), met de juiste expertise, op de juiste plek, op het juiste moment wordt ingezet.
- De keten van zorg en onderwijs goed op elkaar aansluit, alle noodzakelijke partijen betrokken worden en de samenwerking geoptimaliseerd wordt. Hierbij is samenwerking tussen onderwijs/zorg en ouders/kind essentieel. Bestaande en lopende initiatieven worden met en op elkaar afgestemd.
- Nut en noodzaak van medicijngebruik als onderdeel van de behandeling door alle zorgverleners zorgvuldig wordt afgewogen.
- De handelingsvaardigheden van ouders/opvoeders en leerkrachten verbeteren als het gaat om het begrijpen en vooral het omgaan met druk, impulsief gedrag en aandachtsproblemen.

Vraag 497

Hoeveel onderzoeken hebben de IGZ en de Inspectie Jeugdzorg gedaan in 2015? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel? En hoeveel tot een strafrechtelijke? Wat waren de aantallen in 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 497:

In het Jaarbeeld IGZ en het Jaarbericht IJZ, rapporteren de IGZ en IJZ jaarlijks over, onder andere, het aantal meldingen dat zij in behandeling nemen en het aantal maatregelen die zij opleggen. Voorts rapporteren de inspecties sinds 2015 gezamenlijk over de resultaten van het toezicht op de jeugdhulp in het Jaarbeeld Landelijk Toezicht Jeugd 2015. Deze documenten worden jaarlijks aangeboden aan uw Kamer. Vermeld moet worden dat de IGZ en de IJZ op verschillende wijzen rapporteren over de kerncijfers. 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.

In 2015 heeft de IGZ 10.850 meldingen ontvangen en afgesloten en werden er 533 maatregelen opgelegd. Bij de IJZ was er in 2015 sprake van 210 ontvangen en afgesloten meldingen van calamiteiten en van 313 signalen van burgers en professionals. De IJZ legde in 2015 geen maatregelen op.

In de tabel hieronder vindt u geaggregeerd de aantallen meldingen en opgelegde maatregelen van de IGZ over de jaren 2010 t/m 2014.

IGZ	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal ontvangen en afgesloten meldingen	6.459	10.130	10.840	9.650	10.400
Maatregelen	66	170	177	317	250

In de volgende tabel vindt u geaggregeerd het aantal meldingen van calamiteiten en signalen dat de IJZ over de jaren 2010 t/m 2014 ontving en afsloot. Omdat de IJZ pas sinds de inwerkingtreding van de Jeugdwet (per 1-1-2015) over handhavende bevoegdheden beschikt, zijn in onderstaande tabel geen aantallen maatregelen opgenomen.

IJZ	2010	2011	2012	2013	2014
Aantal ontvangen en afgesloten meldingen van calamiteiten	1.495 ¹	94	130	119	127
Aantal ontvangen en afgesloten signalen	250	323	341	503	344

¹ In 2010 betrof het merendeel van de meldingen vermissingen: 1.082 van de 1.495. Vanaf 2011 hoeven deze niet meer te worden gemeld bij de Inspectie Jeugdzorg.

Bij het behandelen van meldingen waarbij mogelijk een strafbaar feit is gepleegd, neemt de respectievelijke inspectie contact op met het Openbaar Ministerie (OM). Het is vervolgens aan het OM om te bepalen of zij al dan niet een strafrechtelijk onderzoek start. De IGZ, noch de IJZ, registreren de hoeveelheid meldingen, dan wel onderzoeken, die tot strafrechtelijke maatregelen hebben geleid.

Vraag 498

Wat is de stand van zaken van het programma professionalisering jeugdhulp 2015–2018? Hoe staat het met de registratie van professionals in het SKJ? Welk deel van de werkzame professionals heeft inmiddels een correcte registratie? Welk deel volgt een geaccrediteerde bijscholing? Kan de regering een uitsplitsing geven van de verschillende opleidingsniveaus, bijbehorende registraties en mogelijkheden die deze professionals hebben in de praktijk?

Antwoord 498:

Op 1 januari 2018 moeten alle jeugdprofessionals die werkzaamheden uitvoeren zoals vermeld in het Kwaliteitsregister Jeugd volledig ge(her)registreerd worden bij het SKJ of het BIG-register. Artsen, verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen registreren zich in het BIG-register en sinds 1 januari 2016 moeten jeugdzorgwerkers en gedragswetenschappers zich registreren in het SKJ of in het BIG-register.

Op dit moment zijn 21.877 jeugdzorgwerkers en 4829 gedragswetenschappers geregistreerd bij het SKJ. De geregistreerde jeugdzorgwerkers hebben de volgende diploma's behaald: mbo: 1155, hso: 7475, hbo: 11.718, post-hbo: 73, hbo-master: 4, wo: 1195 en branchecertificaat: 257.

De geregistreerde gedragswetenschappers hebben de volgende diploma's behaald: wo-master: 4182 en post-wo: 647.

11.299 jeugdprofessionals die zich nog niet kunnen registreren, maar wel werkzaamheden uitvoeren zoals vermeld in het Kwaliteitsregister Jeugd hebben zich vooraangemeld voor beroepsregistratie.

Binnen het programma professionalisering jeugdhulp worden op dit moment registratie-eisen ontwikkeld. Indien de aangemelde professionals hieraan kunnen voldoen, kunnen zij zich vanaf 1 januari 2018 registreren bij het SKJ. De vooraangemelde jeugdprofessionals hebben de volgende diploma's behaald: mbo: 920, Associate Degree: 15, hbo: 7682, post-hbo: 1296, hbo-master: 165, wo-bachelor: 62 en wo-master: 657.

Op dit moment is niet beschikbaar welk deel van de professionals die geregistreerd en aangemeld zijn bij het SKJ geaccrediteerde bijscholing volgt.

Vraag 499

In 2017 wordt een gezamenlijk plan van VWS, OCW, SZW en VenJ uitgevoerd om het sociaal domein beter toe te rusten bij de aanpak van extremisme. Wat wordt hier verstaan onder extremisme?

Antwoord 499:

Voor het plan wordt dezelfde omschrijving gebruikt als voor het actieprogramma Integrale aanpak jihadisme: extremisme is het fenomeen waarbij personen of groepen, op buitenparlementaire wijze over de grenzen van de wet gaan en (gewelddadige) illegale acties plegen om politieke besluitvorming te beïnvloeden.

Vraag 500

Welke rol ziet VWS hier voor zichzelf? Over welke onderdelen van het sociaal domein gaat het hier?

Antwoord 500:

VWS wil in samenwerking met OCW, SZW en VenJ bewustzijn, kennis, middelen en expertise bij instanties, maatschappelijke groepen en sleutelfiguren die contact hebben met kwetsbare jongeren bevorderen en faciliteren. Daarvoor is het ook nodig dat het Rijk zicht heeft op veelbelovende praktijken en de uitrol daarvan stimuleert. Een andere rol is het signaleren van hiaten in beleid en die bespreken met relevante partners, zoals VNG, koepels van zorgaanbieders en beroepsverenigingen.

Vraag 501

Hoe kan de strijd tegen radicalisering en extremisme gevoerd worden als de oorzaak hiervan, de islam, niet één keer genoemd wordt?

Antwoord 501:

Het gaat niet om het bestrijden van een religie, maar om het bestrijden van extremisme en terrorisme. De weerbaarheid tegen extremisme binnen de samenleving, ook binnen moslingemeenschappen, is hoog. Het kabinet pakt diegene die zich schuldig maken aan extremisme en terrorisme – van welke signatuur dan ook – hard aan.

Vraag 502

Van het beschikbare budget voor 2017 van 105 miljoen euro is circa 41% juridisch verplicht. Waaraan wordt het niet-juridisch verplichte deel uitgegeven?

Antwoord 502:

Het niet-juridische verplichte deel is bestemd voor subsidies die verstrekt worden in het kader van de subsidieregeling «Bijzondere transitiekosten Jeugdwet» (€ 54,6 miljoen). Verder worden er nog kleinere subsidies verstrekt in het kader van de transitie, aanpak kindermishandeling en beleidsinformatie.

Vraag 503

Er wordt 1,3 miljoen euro bijgedragen aan het CIBG voor de uitvoeringskosten en het beheer van de verwijsindex risicjongeren. Kan er aangegeven worden hoe de stand van zaken is met betrekking tot de verwijsindex risicjongeren? Door hoeveel instellingen, en hoe, wordt de verwijsindex gebruikt? Hoe vaak is er een «match» waarna er actie wordt ondernomen etc.?

Antwoord 503:

Het aantal meldingen is toegenomen van 55.477 in de eerste helft van 2010 naar 117.720 in de eerste helft van 2014. En het aantal organisaties van waaruit meldingen zijn gedaan is toegenomen van 421 in de eerste helft van 2010 naar 1.727 in de eerste helft van 2014. Ook het aantal

aangesloten meldingsbevoegden is toegenomen en wel van 33.000 in 2012 (2010 onbekend) naar 37.000 in de eerste helft van 2014.

De gezinsfunctionaliteit is sinds november 2015 aan de verwijsindex toegevoegd en maakt het mogelijk te matchen met risicojongeren op hetzelfde adres en met eenzelfde ouder. Uit data van de grootste aanbieder van lokale verwijssystemen blijkt dat er per juli 2016 138.237 gezinsmatches hebben plaats gehad, waarbij 50.577 jeugdigen zijn betrokken. Er zijn 22.600 jeugdigen in beeld gekomen dankzij een gezinsmatch, die geen individuele match hebben.

Vraag 504

Welk deel van de beschikbare subsidies van 21,3 miljoen euro is bestemd voor kosten naar aanleiding van de uitkomsten van het traject Aanscherping meldcode en werkwijze Veilig Thuis?

Antwoord 504:

De komende maanden wordt een uitvoeringsplan opgesteld nav de uitkomsten van het advies over de Aanscherping meldcode en werkwijze Veilig Thuis. Dit advies is begin oktober aan de Tweede Kamer gezonden. In dat uitvoeringsplan wordt ook gekeken naar de financiële consequenties van het traject. Overigens is zowel vanuit artikel 5 Jeugd als vanuit artikel 3 Langdurige zorg geld gereserveerd voor activiteiten die samenhangen met de aanscherping van de meldcode en de ontwikkeling van Veilig Thuis.

Vraag 505

Welk deel van de beschikbare subsidies is bestemd voor de Jeugdgezondheidszorg? Welk deel daarvan wordt gebruikt voor de opleiding van jeugdartsen en verpleegkundigen om beter te screenen op hechtingsproblematiek?

Antwoord 505:

De subsidies die verstrekt worden onder artikel 5 worden besteed aan jeugdhulp en dus niet aan jeugdgezondheidszorg. Dit artikel is dus niet bedoeld om opleidingen voor jeugdartsen te financieren. De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg is op grond van de Wet publieke gezondheidszorg een taak van gemeenten en wordt gefinancierd uit het gemeentefonds. De opleidingen van jeugdartsen worden gefinancierd vanuit de Subsidieregeling opleidingen publieke gezondheidszorg 2013–2017. Hiervan is niet aan te geven welk deel wordt besteed aan hechtingsproblematiek.

Vraag 506

Kunt u een nadere toelichting geven op het terugbrengen van de subsidies op jeugdhulp van 38 miljoen euro in 2016 naar 21 miljoen euro in 2017? Hoe verhoudt deze terugloop zich tot de frictieleegstand in de gesloten jeugdhulp?

Antwoord 506:

Het verschil in de hoogte van het beschikbare subsidiebedrag voor jeugdhulp kan als volgt verklaard worden. In 2016 was er € 18,6 miljoen beschikbaar voor de subsidieregeling Huisvestingslasten gesloten jeugdzorg. Aan dit budget is bij eerste supplettoire wet in 2016 € 14 miljoen toegevoegd door middel van een kasschuif uit de jaren 2017–2020. Deze toevoeging is gedaan om de huisvestingslasten van de instellingen jeugdzorg plus te uniformeren en ziet niet op frictieleegstand. In 2017 is € 13,6 miljoen beschikbaar voor deze regeling.

Vraag 507

Is het bedrag van 54 miljoen euro beschikbaar voor de Transitie Jeugdwet het restant van het originele budget van de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ)? Hoeveel budget resteert er nog voor 2018?

Antwoord 507:

Voor de beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten Jeugdwet is meerjarig als plafond € 200 miljoen beschikbaar gesteld. Tot dit bedrag kunnen subsidie aanvragen worden toegekend. Voor 2017 is er nog € 54 miljoen en voor 2018 € 6 miljoen hiervan aan budget beschikbaar.

Vraag 508

Wordt er ook meer aandacht besteed aan de verdere opleiding van trainers en coaches in het kader van zwakke verenigingen?

Antwoord 508:

Ja. Binnen het actieplan «Naar een Veiliger Sportklimaat» worden zwakke verenigingen opgenomen in het traject van de KNVB in samenwerking met Halt. In dit traject wordt gewerkt aan alle mogelijke facetten binnen en buiten een vereniging, om de vereniging sterker te maken. Opleiding van trainers en coaches kan hier een onderdeel van uitmaken.

Vraag 509

Wordt het actieplan «Naar een Veiliger Sportklimaat» aangepast zodra de verkenning naar de mogelijkheden om de integriteit van de sport verder te versterken is uitgevoerd? Hoe verdeelt NOC*NSF de subsidie voor het Veilige Sportklimaat? Hoe wordt bepaald hoeveel elke bond krijgt? Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot een veiliger sportklimaat?

Antwoord 509:

Het Actieplan «Naar een Veiliger Sportklimaat» (VSK) wordt met twee jaar verlengd zoals aangekondigd in de voortgangsbrief Sport van 17 november 2015 (Kamerstuk 30 234, nr. 141). In het afgelopen jaar is met de sport en gemeenten gekeken welke aanpassingen met betrekking tot het actieplan nodig zijn. De conclusies hiervan zijn opgenomen in het nieuwe plan. De nadruk ligt met name op zwakkere sportverenigingen.

NOC*NSF verdeelt de subsidie jaarlijks over sportbonden op basis van door hen ingediende plannen. Voor de komende twee jaar zullen 10 tot 14 sportbonden een bijdrage krijgen. De urgentie binnen de sport om op dit terrein activiteiten te ontplooiën is bepalend voor de hoogte van de bijdrage.

De Monitor VSK van het Mulier instituut komt in de komende maand uit. Deze zal uw Kamer gezamenlijk met de Voortgangsbrief sport voorafgaand aan het Wetgevingsoverleg Sport ontvangen.

Vraag 510

Kunt u toelichten hoe het topsportbeleid van NOC*NSF wordt vastgesteld? Heeft u invloed op de potentieel succesvolle takken van sport? Hoe worden deze potentieel succesvolle takken van sport vastgesteld?

Antwoord 510:

Zie het antwoord op vraag 3.

Het topsportbeleid van NOC*NSF ligt vast in de Sportagenda 2017+. Deze is vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering (ALV) van NOC*NSF. Zoals in de Sportagenda 2017+ is opgenomen, moeten potentieel succesvolle takken van sport voldoen aan een viertal focuscriteria:

1. een reële kans op podiumplaatsen tijdens WK's en Olympische en/ of Paralympische Spelen
2. inzicht in wie de topsporters en talenten van de programma's zijn
3. full time programma's onder regie van een sportbond
4. (financieel) commitment van de sportbond.

Vraag 511

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het programma om mensen met een beperking meer aan het sporten en meer bewegen te krijgen?

Antwoord 511:

Ik heb uw Kamer in het AO Sport van 30 juni 2016 geïnformeerd over het programma Grenzeloos Actief. Diverse partijen zijn, onder leiding van een programmamanager van het NOC/NSF, voortvarend bezig met de uitvoering van dit programma. Ik verwacht hierover binnenkort de jaarlijkse voortgangsrapportage te ontvangen, op basis waarvan ik u conform mijn toezegging (met brief met Kamerstuk 30 234, nr. 113) nader zal informeren.

Vraag 512

Waarom wordt er in 2017 minder geld aan de gehandicaptensport gegeven?

Antwoord 512:

Op het subsidie-instrument «gehandicaptensport» worden onder andere de uitgaven voor het meerjarig programma Grenzeloos Actief verantwoord. In 2016 zijn de uitgaven voor dit programma incidenteel hoger dan in 2017. Dit verklaart de daling in de budgetstand voor 2017.

Vraag 513

Kan de Minister toelichten waarom er minder wordt uitgegeven aan gehandicaptensport?

Antwoord 513:

Zie het antwoord op vraag 512.

Vraag 514

Hoeveel topsportevenementen moet Nederland tenminste georganiseerd hebben voor we weer over het naar «Nederland halen van de Olympische Spelen» mogen praten?

Antwoord 514:

Het naar Nederland halen van de Olympische spelen is niet afhankelijk van het aantal te organiseren topsportevenementen in Nederland.

Vraag 515

Wat is de reden dat de Minister ten opzichte van 2016 minder geld aan dopingbestrijding uitgeeft?

Antwoord 515:

Op het subsidie-instrument «dopingbestrijding» worden de structurele uitgaven aan de Stichting Anti Doping Autoriteit (ADAN) verantwoord. In 2015 en 2016 is aanvullend aan NOC*NSF een incidentele projectsubsidie «Samen voor een schone sport» toegekend. Hierdoor zijn de uitgaven in 2016 hoger dan in 2017. Dit verklaart de daling in de budgetstand voor 2017.

Vraag 516

Welke prioriteit heeft de regering met het aanpakken van doping?

Antwoord 516:

Naast het bestaande beleid is het belangrijkste doel het verder brengen van het voorstel voor een Wet uitvoering anti-dopingbeleid (Wuab). Ik vind het daarbij belangrijk dat er een goede balans is tussen een effectieve bestrijding van dopinggebruik in de sport en de privacy van de betrokken sporters. Door middel van het recent aan uw Kamer aangeboden voorstel voor de Wet uitvoering anti-doping beleid (Wuab) (Kamerstuk 35 453, nr. 2) kan deze balans worden bereikt. Met deze wet krijgt de uitvoering van dopingcontroles in Nederland voor het eerst een wettelijke grondslag en wordt de privacy van sporters beter gewaarborgd.

Vraag 517

Hoe hoog zijn de inkomsten uit de loterijopbrengsten, en welk bedrag gaat hiervan naar de sport?

Antwoord 517:

NOC*NSF is één van de aandeelhouders van de Nederlandse Loterij (ontstaan uit de fusie tussen Staatsloterij en De Lotto). Nederlandse Loterij – en voor de fusie De Lotto – draagt een deel van hun opbrengsten af aan de sport. De totale afdracht van Nederlandse Loterij in 2016 ligt naar verwachting tussen € 144 miljoen en € 154 miljoen, waarvan de sport € 41 miljoen tot € 44 miljoen ontvangt.

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 518

Wat waren de loterijopbrengsten aan de sport in 2010 t/m 2016?

Antwoord 518:

Onderstaande tabel geeft in miljoenen weer hoeveel de afdracht van Lotto aan de sport was in de afgelopen jaren. Over het jaar 2016 zijn nog geen definitieve cijfers bekend.

	Afdracht
2015	43
2014	42
2013	42
2012	42
2011	57
2010	58

Vraag 519

Wat zijn de verwachte loterijopbrengsten aan de sport in 2017?

Antwoord 519:

Volgens de business case onder de fusie komt de totale afdracht van Nederlandse Loterij in 2017 uit op € 174 miljoen. Hiervan komt circa € 46 miljoen (volgens het percentage dat overeengekomen is tijdens de fusie tussen De Lotto en Staatsloterij = $37\% \times 72,46\% \times € 174$ miljoen) toe aan de sport.

Vraag 520

Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot matchfixing?

Antwoord 520:

De bestrijding van matchfixing is een continu proces dat nauwe samenwerking vergt tussen alle betrokken partijen. Deze samenwerking vindt zowel plaats binnen het Nationale Platform Matchfixing als tussen de ontstane bilaterale contacten.

Dit Platform, met daarin alle relevante partners, zet al een paar jaar in op het uitwisselen van informatie en versterken van kennis over matchfixing bij de verschillende partners. De komende tijd wil ik dit samen met de partijen verder gaan uitbouwen. Tevens zijn we binnen deze samenwerking internationaal aangesloten bij de relevante netwerken. Mochten zich nieuwe ontwikkelingen voordoen, dan zal ik uw Kamer hiervan op de hoogte brengen.

Vraag 521

Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot doping?

Antwoord 521:

Als antwoord op vraag 516 noemde ik het voorstel voor een Wet uitvoering anti-dopingbeleid als belangrijke ontwikkeling. Daarnaast zijn er de laatste maanden op internationaal vlak veel ontwikkelingen geweest op het gebied van doping zoals het Russische dopingschandaal en de hack bij Wereld Anti-Doping Agentschap WADA. Ik volg deze ontwikkelingen nauwgezet en zet mij in om zowel op nationaal als op internationaal niveau het anti-dopingbeleid verder te versterken.

Vraag 522

Hoeveel buurtsportcoaches zijn in gemeenten aangesteld in 2016?

Antwoord 522:

Tot nu toe zijn er in 2016 4820 buurtsportcoaches/combinatiefunctionarissen (2840 fte) aangesteld. In november worden in de jaarlijkse monitor Brede impuls combinatiefuncties de exacte cijfers bekendgemaakt.

Vraag 523

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 523:

Uw vraag heb ik beantwoord in de brief van 12 september 2016 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, in reactie op de vragen van de Kamerleden Van Nispen (SP) en Van Gerven (SP) over het bericht dat Nederlanders schrikbarend lang stilzitten (TK 3484).

Vraag 524

Wat is het aantal sportblessures in 2016, wat was het aantal in voorgaande jaren? Welke kosten zijn hiermee gemoeid? Kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord 524:

De cijfers over 2016 zullen in het najaar van 2017 beschikbaar zijn. De cijfers over 2015 worden momenteel nog geanalyseerd en komen dit najaar beschikbaar. In 2014 liepen sporters in Nederland 4,7 miljoen sportblessures op (Kamerstuk 30 234, nr. 128). Het aantal geblesseerde sporters is de laatste jaren gestegen van 29% in 2007 tot 38% in 2014.

De cijfers over sportblessures werden tot 2015 verzameld met behulp van het systeem OBiN (Ongevallen en Bewegen in Nederland). Sinds 2015 worden de cijfers verzameld via de Gezondheidsenquête van het CBS. De nieuwe blessurecijfers uit de Gezondheidsenquête zullen een andere groep (relatief ernstigere) blessures vertegenwoordigen. Deze verandering van onderzoeksmethode veroorzaakt een trendbreuk in de gegevens. Hierdoor zijn de cijfers tot 2014 niet vergelijkbaar met die van 2015 en later. Er zijn geen actuele cijfers over de kosten van sportblessure beschikbaar. De totale maatschappelijke kosten van sportblessures werden door VeiligheidNL voor 2013 geschat op ongeveer € 1,5 miljard per jaar, waarvan een derde aan directe medische kosten en de overige € 1 miljard aan arbeidsverzuim.

Vraag 525

Hoeveel sportverenigingen hebben gebruik gemaakt van de subsidie voor energiebesparende maatregelen? Is er al enig zicht op het effect van deze maatregelen?

Antwoord 525:

In 2016 is subsidie toegekend aan 620 verenigingen. Het effect van deze maatregelen zal in de komende jaren gevolgd worden. Het is nog te vroeg om uitspraken te doen over het effect van de genomen maatregelen.

Vraag 526

Kunt u bevestigen dat de middelen die via het gemeentefonds aan de gemeenten beschikbaar worden gesteld ook daadwerkelijk naar sportprogramma's gaan?

Antwoord 526:

Over middelen die ter beschikking worden gesteld in het gemeentefonds zijn gemeenten verantwoordelijk. Zij bepalen zelf hoe de middelen worden ingezet. Gemeenten dienen jaarlijks een intentieverklaring in, waarin ze aangeven hoeveel fte buurtsportcoaches ze het komend jaar gaan realiseren. De monitor Brede impuls combinatiefuncties meet jaarlijks hoeveel fte daadwerkelijk wordt gerealiseerd. De verwachting is dat op 31 december 2016 gemeenten alle 2900 fte buurtsportcoaches hebben gerealiseerd.

Vraag 527

Wat is de rol van de Sportraad in het toekennen en het halen van grote sportevenementen naar Nederland?

Antwoord 527:

De Nederlandse Sportraad is ingesteld om het kabinet te adviseren over kansen en ontwikkelingen in de sport. Zij heeft hierbij de vrijheid om het kabinet gevraagd en ongevraagd te adviseren. Op 25 oktober 2016 heb ik het werkprogramma van de Raad ontvangen waarin zij ingaat op het verzoek om te adviseren over het vergroten van het economisch en maatschappelijk rendement bij sportevenementen. De adviezen van de Raad zijn openbaar zodat alle partijen die een rol spelen bij het toekennen en naar Nederland halen van grote sportevenementen hier gebruik van kunnen maken. De vanuit rijksweg gefinancierde werkzaamheden van het Kracht van Sport-netwerk en bijbehorende evenementencommissie, die zich de afgelopen jaren hebben ingespannen voor de toekenning en het naar Nederland halen van grote sportevenementen, worden in de komende maanden in lijn gebracht met de adviestaak van de Nederlandse Sportraad om overlap te voorkomen. Dit zal gebeuren op basis van advisering door de Raad over de governance op dit vlak, zoals reeds in hun werkplan wordt aangekondigd. Op 10 november ontvangt u het

werkplan van de Nederlandse Sportraad met een toelichtend schrijven van mij.

Vraag 528

Kunt u toelichten hoe de subsidieverdelings systematiek bij NOC*NSF precies in elkaar zit? Op welke eisen wordt een subsidietoekenning gebaseerd?

Antwoord 528:

Zoals ik van NOC*NSF heb begrepen, vindt het beoordelings- en besluitvormingsproces over het bestedingsplan (waaronder de verdeling van de Top-10-middelen) plaats op een transparante wijze volgens een governance-structuur, die door NOC*NSF vooraf wordt gecommuniceerd met de sportbonden. De sportbonden stemmen tijdens de Algemene Ledenvergadering van NOC*NSF in met deze beheersstructuur. Alle door de bonden ingediende plannen worden besproken en beoordeeld aan de hand van criteria, die vooraf door de ALV zijn vastgesteld. Deze hebben betrekking op: kansrijkheid sporters voor podiumplaatsen, kwalitatief goede coaches en begeleiding, leiderschap en organisatiekracht etc. Daarnaast wordt er een inhoudelijke toets uitgevoerd door een onafhankelijk Expertpanel. Verder vindt een procesmatige toets plaats door een Auditcommissie. Uiteindelijk leidt dit tot een advies aan de directeur van NOC*NSF die dit ter vaststelling voorlegt aan het bestuur van NOC*NSF. Dit bestuur stelt de definitieve verdeling van de middelen vast. Er is voor de sportbonden een mogelijkheid om tegen dit besluit van het bestuur in beroep te gaan bij een onafhankelijke commissie.

Vraag 529

Kunt u toelichten hoe transparant deze toekenningstechniek is?

Antwoord 529:

Zie het antwoord op vraag 528.

Vraag 530

Zullen de topsportprogramma's veranderen naar aanleiding van het succes van andere, niet prioritaire, sporten tijdens de Olympische Spelen?

Antwoord 530:

Dat is nog niet bekend. Momenteel voert NOC*NSF gesprekken met onder andere de sportbonden en Centra voor Topsport en Onderwijs over de investeringsplannen topsport voor het jaar 2017. Deze plannen worden onder andere getoetst aan de uitgangspunten en criteria, zoals geformuleerd in de Sportagenda 2017+. Tijdens deze gesprekken worden ook de prestaties van de sporten in Rio besproken.

Vraag 531

Hoe worden topsporters die (nog) geen A-status hebben begeleid tijdens hun sportcarrière?

Antwoord 531:

Sporters met een talentstatus (nationaal of internationaal talent), B- (top-16) of High Potential- (uitzonderlijk perspectief top-8) -status kunnen onder andere gebruik maken van Topsport Talentscholen (LOOT), van begeleiding op CTO's (o.a. via leefstijlcoaches) en van loopbaanbegeleiding.

Vraag 532

Is NOC*NSF verantwoordelijk voor de begeleiding van de (ex-)topsporter? Is er ruimte voor initiatieven van (ex-) topsporters?

Antwoord 532:

Uitgangspunt is dat de topsporter zelf verantwoordelijk is voor de regie over zijn of haar loopbaan, inclusief een carrière na de topsport. Daarnaast spelen de sportbond, trainers en coaches, onderwijsinstellingen en centra voor topsport en onderwijs een belangrijke rol. NOC*NSF is verantwoordelijk voor het topsportbeleid in Nederland, zij heeft hierin een coördinerende rol en biedt voorzieningen aan voor sporters met een talent- of topsportstatus. Er zijn vele goede initiatieven, onder meer van (ex)-topsporters, om sporters te begeleiden in de verschillende fasen van hun carrière. Een groot deel van deze initiatieven is bij NOC*NSF in beeld en het staat (ex-) topsporters vrij om hier al dan niet gebruik van te maken.

Vraag 533

Is het bekend welk percentage van de topsporters in een baan terecht komt, na hun sportcarrière die gelieerd is met hun eigen sport?

Antwoord 533:

Nee dit is niet bekend.

Vraag 534

Is bekend of ex-topsporters moeite hebben met het vinden van een baan?

Antwoord 534:

Ja dit is bekend. Uit de in juni 2016 gepubliceerde 4-meting van het topsportklimaat (www.nocnsf.nl/monitoren/topsportklimaat-meting), blijkt dat 75% van de topsporters het eens is met de stelling dat het carrièreperspectief van topsporters na hun actieve topsportbaan een belangrijk knelpunt is (in 2011 was dit 63%). Verder blijkt dat 45% van de topsporters verwacht na de topsportloopbaan snel een baan te vinden die bij de opleiding en interesse past. In 2011 was dit 53%.

Vraag 535

Heeft u ingezet, of gaat u inzetten, op de begeleiding van sporters tijdens hun sportcarrière in voorbereiding op hun leven na de sport?

Antwoord 535:

Deze zomer heb ik aangekondigd te willen investeren in een regeling voor topsporters, die hun actieve topsportloopbaan beëindigen en die voor hun overstap naar een nieuwe maatschappelijke carrière mogelijk extra ondersteuning nodig hebben. Ik werk nu met onder andere NOC*NSF en de atletencommissie aan een plan.

Vraag 536

Hoeveel geld is er gegaan naar topsportevenementen, en welke evenementen waren dit?

Antwoord 536:

In 2015 zijn de volgende evenementen gesubsidieerd:

Topsportevenement	Verleend bedrag
Tour de France (gemeente Utrecht)	€ 2.250.000
Tour de France (provincie Zeeland)	€ 250.000
WK Beachvolleybal	€ 2.431.991
WK Dammen	€ 156.000
WK Paracycling (baan)	€ 250.000
EK Luchtgeweerschieten	€ 250.000
EK Short Track	€ 336.782
EK Volleybal dames	€ 1.747.081
EK Synchron zwemmen	€ 89.100

Topsportevenement	Verleend bedrag
Totaal	€ 7.760.954

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

Vraag 537

Zijn er al benoembare resultaten uit de innovatie-onderzoeken gekomen?

Antwoord 537:

Ja. Van de tien Sportinnovator ideeën en vijf projecten die in 2015 zijn geselecteerd voor verdere ontwikkeling met financiële bijdrage van het Topteam zijn tien initiatieven inmiddels ontwikkeld tot prototypen, zoals de VolansFISA roeiboot die roeien voor een breder publiek toegankelijk maakt en een inslikbare sensor om de kerntemperatuur van het lichaam te meten. Ook is Sport Data Valley gelanceerd, een online platform dat individuen en organisaties met elkaar verbindt en de mogelijkheid biedt om datasets met elkaar te delen. Dit draagt bij aan de verdere ontwikkeling van een zogenaamd Sportinnovator ecosysteem, een netwerk waarbinnen onderzoekers, ondernemers, overheden en sportorganisaties met elkaar samenwerken aan rendabele innovaties in de sport.

Vraag 538

Zijn innovatiemiddelen ook beschikbaar voor ontwikkelingen zoals Virtual Reality?

Antwoord 538:

Ja.

Vraag 539

Welke kosten van behandeling door Centrum «45 worden niet door een ziektekostenregeling of wettelijke regeling vergoed?

Antwoord 539:

Alle kosten in het kader van behandeling worden bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht.

Zaken als reiskosten, specifiek voor de doelgroep oorlogsgetroffenen, vallen onder subsidiabele kosten bij het Ministerie van VWS, vanuit de voor deze doelgroep ingestelde wettelijke regelingen.

Kosten als tolk- en vertaalkosten draagt Centrum '45 zelf.

Vraag 540

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 540:

De zorgtoeslag is maximaal tot het wettelijk minimumloon (is circa € 20.109). Bij een hoger inkomen daalt de zorgtoeslag met het afbouwpercentage, dat in 2017 13,46% bedraagt. Dat betekent dat per euro dat het huishoudeninkomen boven het wettelijk minimumloon uitkomt, de te ontvangen zorgtoeslag met 13,46 euro cent wordt verlaagd. In 2017 ontvangen eenpersoonshuishoudens zorgtoeslag tot een inkomen van circa € 27.501, terwijl meerpersoonshuishoudens zorgtoeslag ontvangen tot een inkomen van circa € 34.403. De genoemde inkomens zijn gebaseerd op de raming van de nominale premie in de VWS begroting. Als de premie hoger uitvalt hebben huishoudens tot een hoger inkomen recht op zorgtoeslag en vice versa.

Vraag 541

Kunt u voorrekenen hoe hoog de zorgtoeslag voor de verschillende inkomensgroepen wordt?

Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar minder zorgtoeslag gehad? Hoe verhoudt dit zich met voorgaande jaren?

Antwoord 541:

In onderstaande tabel staat hoeveel zorgtoeslag een eenpersoonshuishouden respectievelijk een meerpersoonshuishouden in 2017 ontvangt bij een bepaald belastbaar inkomen, uitgaand van de in de begroting geraamde standaardpremie. Als de standaardpremie in november hoger of lager wordt vastgesteld, dan verandert ook de zorgtoeslag.

Belastbaar inkomen	Eenpersoonshuishouden	Meerpersoonshuishouden
≤ € 20.109	€ 1.018	€ 1.947
€ 22.500	€ 682	€ 1.611
€ 25.000	€ 345	€ 1.274
€ 27.500	–	€ 938
€ 30.000	–	€ 601
€ 32.500	–	€ 265
€ 35.000	–	–
€ 37.500	–	–

Van 2015 op 2016 is de maximale zorgtoeslag toegenomen (voor eenpersoonshuishoudens met € 56 en voor meerpersoonshuishoudens met € 114). Daar tegenover staat dat het afbouwpercentage marginaal is gedaald. Als saldo van deze twee ontwikkelingen steeg de zorgtoeslag voor alle huishoudens, behalve voor huishoudens die een inkomensverbetering doormaakten (van meer dan € 400 van 2016 op 2017 bij eenpersoonshuishoudens en van meer dan € 800 bij meerpersoonshuishoudens). Hoeveel huishoudens feitelijk een hogere zorgtoeslag hebben ontvangen is onbekend.

In de jaren daarvoor is de zorgtoeslag voor huishoudens met een inkomen boven het minimum wel gedaald, omdat het afbouwpercentage toen flink verhoogd is.

Vraag 542

Wat was de daling van de zorgtoeslag uitgesplitst in verschillende inkomensgroepen (minimum, 130% van het minimum, modaal)?

Antwoord 542:

De zorgtoeslag stijgt van 2016 op 2017 met circa € 20. Er is dus geen sprake van een daling.

Vraag 543

Wat zijn de omslagpunten van de zorgtoeslag vanaf 2006 t/m 2017?

Antwoord 543:

De zorgtoeslag is stabiel tot het wettelijk minimumloon. Daarna daalt de zorgtoeslag. In onderstaande tabel staat voor de jaren 2006 tot en met 2017 het belastbaar wettelijk minimumloon (WML).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
WML	1.7494	1.7905	1.8496	1.9135	1.9528	1.9890	2.0079	1.9043	1.9253	1.9463	1.9758	2.0109

Vraag 544

Wat is de bezuinigingsdoelstelling van de zorgtoeslag?

Antwoord 544:

Bezuinigingen op de zorgtoeslag worden vormgegeven door het aandeel van het huishoudinkomen dat aan nominale premie en eigen risico moet worden besteed te verhogen.

In de Wet op de zorgtoeslag is bepaald dat een huishouden met een inkomen tot WML een bepaald normpercentage van zijn inkomen zelf moet bijdragen. Van 2016 op 2017 daalt het normpercentage (met 0,075% voor eenpersoonshuishoudens en met 0,165% voor meerpersoonshuishoudens). Bij huishoudens met een inkomen tot het wettelijk minimumloon wordt dus niet bezuinigd in 2017.

Huishoudens met een inkomen boven het minimumloon moeten meer bijdragen dan huishoudens met een minimumloon. Het meerdere is het zogenaamde afbouwpercentage maal hetgeen ze meer dan het minimumloon verdienen. Het afbouwpercentage neemt in 2017 licht toe (0,03%-punt) op grond van een bezuinigingsmaatregel van het kabinet Balkenende IV. Deze stijging weegt niet op tegen de daling van de normpercentages. Ook voor hen is er dus per saldo geen bezuiniging.

In de jaren na 2017 nemen zowel het normpercentage (met 0,015%-punt per jaar) als het afbouwpercentage (met 0,03% per jaar) toe op grond van de reeds genoemde bezuinigingsmaatregel van het kabinet Balkenende IV. Nieuwe bezuinigingen staan niet gepland.

Vraag 545

Hoeveel mensen maken gebruik van de tegemoetkoming specifieke zorgkosten?

Antwoord 545:

Momenteel maken er circa 130.000 burgers gebruik van de TSZ.

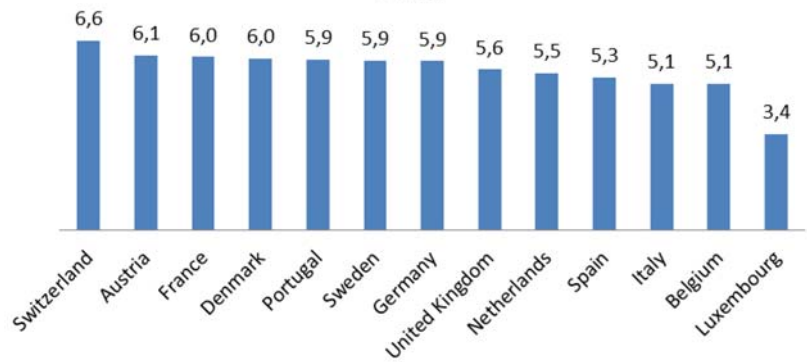
Vraag 546

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

Antwoord 546:

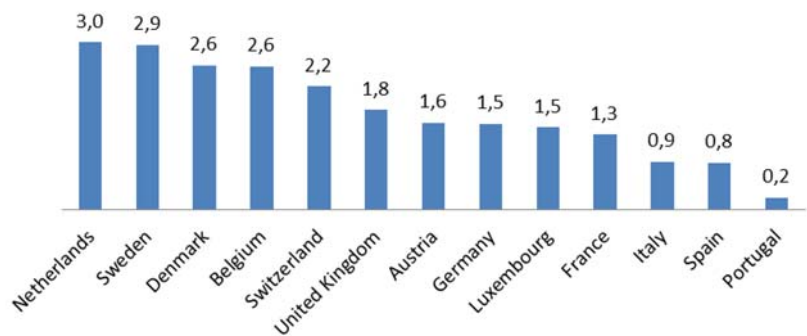
Als het gaat om uitgaven aan curatieve zorg valt Nederland in de middenmoot ten opzichte van andere Europese landen. In onderstaand overzicht zijn de uitgaven aan curatieve zorg in verschillende Europese landen opgenomen, uitgedrukt in %bbp.

Uitgaven curatieve zorg internationaal 2014, % bbp (OECD, 2016)



De uitgaven aan langdurige zorg zijn in internationaal perspectief hoog te noemen. Dit valt ook te zien in onderstaande tabel. Daarbij moet wel gemeld worden dat de meest recente cijfers uit 2014 komen, dat was vóór de hervorming van de langdurige zorg. In het kader van die hervorming is geschoven tussen de verschillende kaders, waardoor de uitgaven aan langdurige zorg nu lager zijn. Daarnaast zijn de uitgaven aan langdurige zorg internationaal lastig te meten omdat deze zorg veelal belegd is op decentraal (gemeentelijk of regionaal) niveau.

Uitgaven langdurige zorg internationaal 2014, % bbp (OECD, 2016)

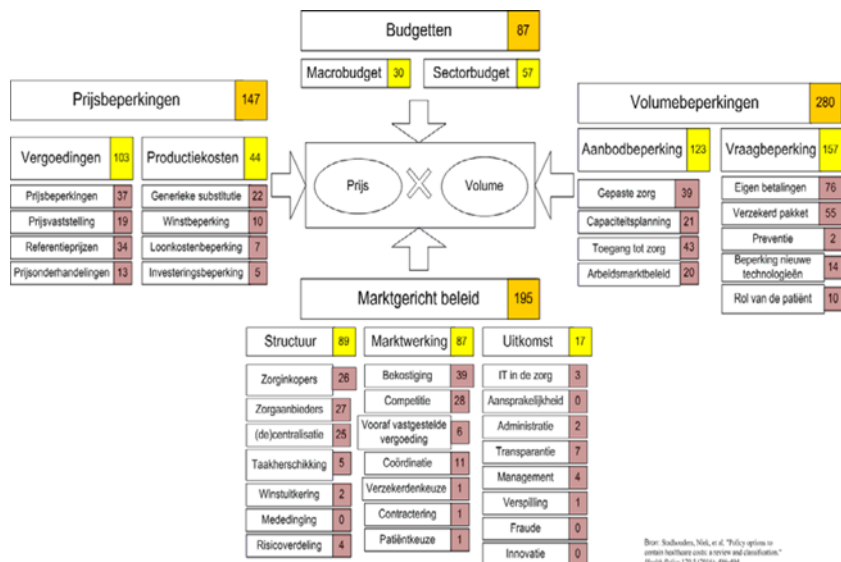


Vraag 547

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

Antwoord 547:

Uit een analyse van meer dan 700 kostenbeheersingsmaatregelen die 19 Europese OESO-lidstaten sinds 1970 hebben genomen, blijkt dat de meeste maatregelen zich richten op het bedwingen van het volume van zorg. Ongeveer een derde van de maatregelen is gericht op aanpassingen in de werking van de zorgmarkt, een vijfde grijpt in op de prijs van zorg en de minste maatregelen betreffen budgettering. Dit komt overeen met de verhoudingen van ingezette maatregelen die zijn beschreven voor Nederland (Celsus, 2016).



Veel Europese landen hebben naar aanleiding van de financiële crisis maatregelen genomen om de zorgkosten te bedwingen. De meest voorkomende maatregelen zijn volgens Van Gool en Pearson (2014):

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

Vraag 548

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

Antwoord 548:

De ontwikkelingen op Europees niveau wijken niet veel af van de trends en ontwikkelingen waar Nederland mee te maken heeft. Zo hebben vrijwel alle Europese landen te maken met een stijgende levensverwachting en een vergrijzende bevolking, meer mensen met (meerdere) chronische ziekten, technologie die onze zorg beter, maar soms ook duurder, maakt en ook e-health die ervoor zorgt dat mensen meer regie krijgen en langer zelfredzaam zijn. Veel landen zijn bezig met het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg, het klaarstomen van hun beroepsbevolking voor de zorgvraag van de toekomst en het (her)organiseren van de langdurige zorg, waarbij informele zorg gestimuleerd wordt (Health at a Glance 2015, Ageing Report, 2015).

In Westerse landen richten de meest recente hervormingen binnen de curatieve zorg zich op het vergroten van de doelmatigheid (Eurohealth, nr 3, 2012). De precieze wijze waarop dit vorm krijgt, hangt af van specifieke politieke keuzen (zoals de vormgeving van het zorgstelsel) in het betreffende land. We kunnen wel stellen dat actieve zorginkoop daarbinnen bijna altijd een belangrijke rol speelt. Dit geldt voor ons land, maar bijvoorbeeld ook voor de generationaliseerde National Health Service in Engeland waar onafhankelijke zorginkoop de afgelopen decennia veel sterker is ontwikkeld.

In de langdurige zorg zien we enerzijds dat de beweging naar langer thuis wonen breed wordt ondersteund en dat veel landen initiatieven nemen op dit terrein. Anderzijds zijn de onderlinge verschillen in collectieve voorzieningen tussen de verschillende landen hier relatief groot.

Vraag 549

Hoe gaat Nederland, nu het Nederlands Voorzitterschap van de Raad van de EU is afgerond, de vrijwillige samenwerking tussen lidstaten verder concretiseren, en erop toezien dat de overeengekomen analyse van het stelsel incentives die marktexclusiviteit creëren wordt vormgegeven in 2017? Zal Slowakije komend half jaar hierbij ook een rol spelen?

Antwoord 549:

De invulling van de vrijwillige samenwerking tussen België, Nederland, Luxemburg en Oostenrijk, op het terrein van prijsbeleid geneesmiddelen, wordt op dit moment verder ter hand genomen. Het is goed denkbaar dat andere landen zich hier in de toekomst bij aan zullen sluiten. Hierover hebben wij momenteel verschillende gesprekken.

De analyse naar de gewenste en ongewenste effecten van de huidige aanvullende beschermingsmechanismen met betrekking tot intellectueel eigendom, specifiek voor geneesmiddelen, wordt op dit moment voorbereid door de Europese Commissie. Nederland zal bij de voorbereidingen hiervan, waar mogelijk, een actieve inbreng leveren. De Commissie zal voor het einde van dit jaar een planning presenteren. De verwachting is dat een flink deel van de analyse in 2017 zal worden uitgevoerd.

Huidig EU-voorzitter Slowakije heeft een vervolg gegeven aan het debat over het functioneren van het Europese geneesmiddelenstelsel, zoals verwoord in de raadsconclusies die tijdens het Nederlandse EU-voorzitterschap zijn aangenomen. Hierbij heeft Slowakije ervoor gekozen specifiek aandacht te besteden aan het vraagstuk van geneesmiddelentekorten. Met de andere aankomende EU-voorzitters wordt bezien welke geneesmiddelenthema's de lidstaten op de agenda willen zetten.

Vraag 550

Op welke manier stelt de Minister Nederlandse kennis van verstandig gebruik van antibiotica en goede infectiecontrole beschikbaar voor de aanpak van internationale grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen?

Antwoord 550:

Vanwege het grensoverschrijdende karakter van antibioticaresistentie heb ik ingezet op het agenderen van problematiek op zowel de Europese als mondiale agenda. Onderdeel van de internationale inzet is het uitdragen van de Nederlandse kennis en ervaring, bijvoorbeeld via de EU Joint Action on AMR en de Global Health Security Agenda. De verschillende internationale acties staan beschreven in de voortgangsbrief (Kamerstuk 32 620, nr. 176).

Vraag 551

Hoe verankert de Minister het beleid en de strategie op het gebied van antibioticaresistentie en infectieziektenpreventie in samenwerking met andere ministeries?

Antwoord 551:

De aanpak antibioticaresistentie richt zich op alle terreinen waar de gezondheid van mensen wordt bedreigd door antibioticaresistente bacteriën: zorg, dieren, voedsel en milieu. Deze integrale, vanuit de

volksgezondheid aangevlogen aanpak noemen we de One Health benadering. De Kamerbrieven antibioticaresistentie zijn mede namens de ministeries van Economische Zaken en van Infrastructuur en Milieu aangeboden. In de actielijst bijlage van de voortgangsbrief zijn gezamenlijke acties te vinden waarin de samenwerking naar voren komt (Kamerstuk 32 620, nr. 176).

Vraag 552

Waarom wordt er in 2017 circa 2 miljoen euro minder uitgegeven dan in 2016 aan internationale samenwerking om verspreiding van ziekten te beperken, en om te komen tot de ontwikkeling van geneesmiddelen en vaccins ter bestrijding en voorkoming van deze ziekten?

Antwoord 552:

In 2016 is er bij suppletoire wet € 2,215 miljoen op het centrale budget internationale samenwerking geboekt vanuit verschillende onderdelen van de VWS begroting voor het EU-voorzitterschap. Het budget is éénmalig verhoogd in 2016 en niet verlaagd in 2017 en verder.

Vraag 553

Waar binnen de apparaatsuitgaven worden de volledige kosten voor het PGB-trekkingsrecht in 2017 precies geraamd? Wat zijn voor 2017 en meerjarig de interne kosten eigen personeel, externe inhuur, ICT en overige materiële uitgaven?

Antwoord 553:

Zoals aangegeven in de verticale ontwikkeling van de Wlz-uitgaven (begroting VWS 2017, pagina 165) zijn de beschikbare middelen die op de VWS-begroting waren gereserveerd voor de uitvoering van pgb trekkingsrechten Wlz voor de SVB overgeboekt naar het budgettaire kader zorg (BKZ). Vanaf 2017 worden deze uitgaven gedaan vanuit het budget van de beheerskosten in het BKZ.

Voor de uitvoeringskosten voor het gemeentelijke deel voor 2017 geldt dat de bekostiging van de SVB in ieder geval in 2017 nog via de begroting van VWS zal verlopen. Het gemeentefonds is op basis van de begroting van de SVB voor 2017 neerwaarts bijgesteld.

Totaal is in de begroting voor de uitvoering van het pgb-trekkingsrecht in 2017 € 59,7 miljoen beschikbaar.

Vraag 554

Verwacht de Minister net als voorgaande jaren in 2017 een enorme overschrijding van de personele en materiële uitgaven? Zo nee, waarom aankomend jaar niet?

Antwoord 554:

Gedurende het jaar 2016 zijn er wijzigingen geweest op de begroting van het ministerie. Deze zijn toegelicht in de eerste en tweede suppletoire begroting die aan uw Kamer zijn voorgelegd. Er is ten opzichte van de tweede suppletoire begroting 2016 geen overschrijding geweest op de personele en materiële budgetten.

Voor het jaar 2017 verwacht ik de in de begroting gepresenteerde uitgaven te doen. Indien zich hier wijzigingen in voordoen zal ik u hierover via de eerste en de tweede suppletoire begroting 2017 informeren.

Vraag 555

Welke onderzoeken heeft VWS extern laten uitvoeren en bij wie? Welke kosten gingen hiermee gemoeid? Is er tussen VWS en de onderzoekers gesproken over de concept-conclusies?

Antwoord 555:

De administratieve systemen van VWS zijn – conform rijksbrede voorschriften – niet zodanig ingericht dat deze vraag kan worden beantwoord. Onderzoek vormt geen aparte uitgavencategorie binnen de administratie.

Op verzoek van uw Kamer wordt vanaf najaar 2015 een overzicht van alle beleidsrelevante VWS-onderzoeken gepubliceerd op het VWS-deel van de website van de rijksoverheid (www.Rijksoverheid.nl). Conform de toezegging aan uw Kamer wordt vanaf dat moment met terugwerkende kracht het overzicht gepubliceerd van alle beleidsrelevante onderzoeksrapporten van 17 concernorganisaties en kennisinstellingen die vanaf april 2015 zijn verschenen. Omdat VWS deel uitmaakt van de pilot Open Overheid van het Ministerie van BZK worden in het overzicht ook alle sinds die datum verschenen rapporten van het door VWS uitgezette opdrachtonderzoek onder ARVODI-voorwaarden opgenomen. Het totaaloverzicht wordt maandelijks achteraf geactualiseerd.

VWS stelt bij conceptrapporten waar relevant vragen over (vermeende) feitelijke onjuistheden of over de wijze waarop de conclusies voortvloeien uit het desbetreffende onderzoek. Daarbij is geen sprake van inhoudelijke beïnvloeding van de conceptconclusies.

Vraag 556

Kunt u een overzicht geven van congressen waaraan ambtenaren deelnamen? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven in 2016? Kunt u aangeven wat het doel was van deze congressen?

Antwoord 556:

Net als vorig jaar wordt er op het departement geen separate administratie bijgehouden, waarin wordt geregistreerd welke congressen worden bezocht. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord.

Wel worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen maandelijks gepubliceerd vanaf 1 januari 2013. Informatie is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 557

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 557:

Er is op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden welke congressen worden bezocht of welke reizen worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord.

Wel worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen maandelijks gepubliceerd vanaf 1 januari 2013. Deze informatie is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 558

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

Antwoord 558:

Er is zoals bij vraag 557 aangegeven op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden welke congressen worden bezocht of welke reizen worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Tot het najaar van 2012 was in het algemeen de lijn dat wanneer een VWS'er was uitgenodigd om een inleiding te houden, de deelname- en verblijfkosten voor rekening van de uitnodigende partij konden zijn. Met ingang van het parlementaire jaar in september 2012 hanteert VWS de lijn dat ook in zulke gevallen VWS bij volledige deelname aan het congres de deelname- en verblijfkosten voor eigen rekening neemt.

Vraag 559

Door wie werden de reizen waar ambtenaren aan deelnamen of hun verblijven bekostigd, en wat was de bijdrage?

Antwoord 559:

Zie het antwoord op vraag 558.

Vraag 560

Hoeveel communicatiemedewerkers, of hoeveel Fte's, heeft het Ministerie van VWS in dienst?

Antwoord 560:

De directie Communicatie heeft 37,6 fte communicatiemedewerkers in dienst.

Vraag 561

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's dit bedraagt, wat hun salariering bedraagt, wat hun doelstellingen zijn en welke resultaten ze tot nu toe hebben geboekt?

Antwoord 561:

Wij hebben «praktijkteams» ingesteld onder verschillende benamingen (zoals aanjaagteam, interventieteam, praktijkteam). Een recent overzicht heb ik u toegestuurd bij brief van 12 juli 2016.

Deze teams kennen een wisselende samenstelling van medewerkers van VWS en andere organisaties. Soms worden zij geleid door een VWS-medewerker, soms door een andere persoon. In de meeste gevallen maakt het werken in een praktijkteam deel uit van een breder takenpakket van de betrokkenen.

Het aantal uren dat betrokkenen werken in de praktijkteams wordt niet geregistreerd, zodat het niet mogelijk is uit te rekenen hoeveel fte's er in de praktijkteams aan het werk zijn en wat de salariskosten van deze teams zijn.

Tijdens het Wetgevingsoverleg van 23 juni j.l. over het VWS-jaarverslag 2017 heb ik aangegeven verslag te doen van de resultaten van de praktijkteams. Dat gebeurt bij de reguliere voortgangsrapportages aan de Tweede Kamer over de diverse beleidsthema's.

Vraag 562

Waarom gaat het budget van het RIVM in 2016 (314.410) zo omhoog naar 2017 (346.800)? Wat is de oorzaak van de extra uitgaven aan personele en materiële kosten? Met welke omvang van de indexatie van de loonkosten wordt rekening gehouden?

Antwoord 562:

De budgetstijging van 2016 naar 2017 heeft grotendeels een technische oorzaak. Vanaf 2017 wordt in de raming ook rekening gehouden met de opdrachten die tussentijds (gedurende het uitvoeringsjaar) worden verstrekt. Tot dan nu toe werden deze kosten achteraf (bij suppletore wet) verwerkt. De loonkosten worden geïndexeerd aan de hand van de loonvoet sector overheid. Over 2016 bedroeg deze bijstelling 2,2%.

Vraag 563

Wat is de reden dat het budget van het ZiNL van 2016 68.433 naar 52.207 gaat?

Antwoord 563:

Het beheerskostenbudget van het Zorginstituut Nederland is vanaf het jaar 2017 lager. Per 1 januari 2017 wordt de uitvoering van verschillende burgerregelingen naar het CAK overgeheveld en de daarmee gemoeide beheerskostenbudgetten (geraamd op artikel 2.3) gaan per die datum ook over naar het CAK.

Vraag 564

Beschikt de IGZ over voldoende instrumentarium en capaciteit om deze ambitie waar te kunnen maken? Op welke wijze wordt samengewerkt met andere Inspecties en opsporingsinstanties om een totaalbeeld te kunnen krijgen van wat er aan de hand is bij een zorginstelling waar het oog van het risico gestuurde toezicht op is gevallen?

Antwoord 564:

Als toezichthouder moet de IGZ altijd scherp afwegen welke thema's en risico's prioriteit behoeven. Op deze manier kan de IGZ de beschikbare capaciteit zo effectief mogelijk inzetten voor het toezicht op een omvangrijke sector. Daarbij zijn er de afgelopen jaren veel nieuwe taken en aanvullende verwachtingen gesteld aan de IGZ. Tegelijkertijd zijn, mede op aangeven van uw Kamer, extra middelen beschikbaar gesteld voor een uitbreiding van de capaciteit van de IGZ in het toezicht op de verpleegzorg, nieuwe zorgaanbieders, disfunctionerende beroepsbeoefenaars en antibioticaresistentie.

Om het instrumentarium van de IGZ te verstevigen heb ik de IGZ de afgelopen jaren bestuurlijke ruggensteun verleend. Als onderdeel hiervan heb ik de aanwijzingsbevoegdheid op grond van artikel 27 van de WKKGZ gemandateerd aan de Inspecteur-generaal en heb ik de onafhankelijke oordeelsvorming door de IGZ duidelijker gemarkeerd in het Besluit Taakuitoefening IGZ. Daarnaast heb ik een wetsvoorstel in voorbereiding tot wijziging van een aantal gezondheidswetten. Deze wetswijzigingen zijn erop gericht de knelpunten die de IGZ ervaart bij de uitvoering van haar toezichttaken weg te nemen. Daarbij zijn ook de 48 aanbevelingen betrokken uit de door ZonMW gecoördineerde «Thematische Wetsevaluatie bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van zorg».

De IGZ werkt in haar toezicht met veel verschillende partijen samen. Om tekortkomingen in de zorg veroorzaakt door frauduleuze zorgaanbieders flink te verminderen, deelt de IGZ via het Centraal Meldpunt Zorgfraude signalen van mogelijke fraude en zorgverwaarlozing met het Centrum indicatiestelling Zorg, de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst, de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Zorgverzekeraars

Nederland, het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast gaat de IGZ intensiever samenwerken met de NZa om beter zicht te krijgen op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en ondoorzichtige ondernemingsrechtelijke constructies.

In juni 2015 hebben de inspectie en het Openbaar Ministerie (OM) een herzien samenwerkingsprotocol ondertekend. Het protocol zorgt voor een goede afstemming tussen het OM en de inspectie wanneer mogelijk strafrechtelijke vervolging aan de orde is.

Vraag 565

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

Antwoord 565:

Op grond van het enquêterecht kan een cliëntenraad van de zorginstelling een verzoek doen tot een onderzoek naar het beleid en de gang van zaken binnen de zorginstelling. Indien uit het onderzoek van de enquêteur blijkt dat er sprake is van wanbeleid kan de Ondernemingskamer voorzieningen treffen die zij op grond van de uitkomst van het onderzoek noodzakelijk acht. De Ondernemingskamer doet daarbij geen uitspraak over de aansprakelijkheid. Navraag bij de Ondernemingskamer wijst uit dat de afgelopen jaren zes jaar zes van dergelijke verzoeken zijn gedaan. Deze zes verzoeken zijn alle door de Ondernemingskamer in behandeling genomen. Daarbij speelde ook in alle gevallen het optreden van het bestuur dan wel de raad van toezicht een rol.

Vraag 566

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

Antwoord 566:

Bij het jaarlijkse overzicht van alle topinkomens in de publieke en semipublieke sector is een bijlage opgenomen (zie Kamerstuk 30 111, nr. 91 voor het overzicht van 2014). In die bijlage staat een overzicht van alle bezoldigingen, die hoger zijn dan de voor dat jaar geldende norm. Tevens is een overzicht opgenomen van alle ontslagvergoedingen die zijn uitgekeerd. In het overgrote deel van deze gevallen vallen deze bezoldigingen en ontslagvergoedingen onder overgangsrecht. Eind 2016 verschijnt de jaarrapportage over het verslagjaar 2015.

Vraag 567

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

Antwoord 567:

Nee, over een dergelijk overzicht beschik ik niet.

Vraag 568

Heeft de Minister in 2016 zorgbestuurders ontslagen en laten vervangen? Zo ja, wie waren dat, en waarom? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 568:

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. Bij een aanwijzing tot vervanging van een bestuurder blijven bestuur en intern toezicht van de instelling wettelijk bevoegd, maar wordt afgedwongen dat een bestuurder van zijn taken wordt ontheven. In 2016 was hiervoor geen aanleiding.

Vraag 569

Hoe denkt de Minister de taakstellende onderuitputting van 35 miljoen euro in te vullen? Op welke posten verwacht u onderuitputting?

Antwoord 569:

Aan het begin van een begrotingsjaar is niet altijd te voorspellen waar onderuitputting zich zal voordoen. Met de post taakstellende onderuitputting wordt de onderuitputting achteraf toebedeeld aan specifieke begrotingsposten wanneer bekend is waar de onderuitputting zich voordoet. Net als in voorgaande jaren wordt de taakstelling in 2017 hetzij bij tweede suppletore begroting hetzij bij Slotwet ingevuld, als er concreet zicht is op het hoe en waarom van lagere uitgaven op artikelniveau.

Vraag 570

Wat houdt de leenfaciliteit in waarop het CIBG voor 6 miljoen euro in 2016 een beroep op doet? Van wie wordt geleend? Met welk percentage?

Antwoord 570:

De leenfaciliteit is een lening die een agentschap zoals het CIBG kan aangaan bij het Ministerie van Financiën. Met deze lening van € 6 miljoen zal het CIBG investeringen doen voor het optimaliseren en standaardiseren van de ICT-infrastructuur. Het rentepercentage voor deze lening is 0%.

Vraag 571

Waarom weet u nog niet zeker of in 2017, 2018, 2019 een investering plaatsvindt in het administratieve systeem ter ondersteuning van de uitvoering van het RVP (Rijksvaccinatieprogramma), NHS (Nationale Hielprik Screening) en PSIE (Prenatale Screening Infectieziekten)? Per wanneer weet u dit zeker, en hoeveel geld zal hier dan naartoe gaan?

Antwoord 571:

De uitvoering van de preventieprogramma's Neonatale Hielprik Screening (NHS), Prenatale Screening Infectieziekten en Erytrocytenimmunisatie (PSIE) en het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) wordt ondersteund door een ICT-systeem genaamd Praeventis. Op basis van externe onderzoeken en gesprekken met het RIVM is geconstateerd dat dit systeem vernieuwd dient te worden. Het is mijn streven om dit in beheersbare kleine stappen te realiseren.

Op dit moment wordt de vernieuwing voorbereid en vindt opdrachtformulering van VWS aan het RIVM plaats. Hierbij wordt ook de opdracht voor de uitvoering van de preventieprogramma's herijkt, zodat zeker is dat de ICT ook in de toekomst passend zal zijn. Vanwege de complexiteit is de CIO van VWS intensief betrokken en vindt kwaliteitsborging onder andere plaats door het houden van zogenaamde Gateway Reviews. Mocht dit leiden tot een groot ICT-project, dan zal ik uw Kamer hierover informeren en zullen de hiervoor geldende regels gevolgd worden, waaronder het opstellen van CIO-oordelen en het vragen van een advies aan Bureau ICT Toetsing (BIT).

Naar verwachting zal de opdracht aan het RIVM, en de daarbij behorende meerjarenbegroting, in de loop van 2017 definitief worden vastgesteld. Dan is ook bekend hoeveel geld hier naartoe zal gaan.

Vraag 572

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

Antwoord 572:

Zie het antwoord op vraag 573.

Vraag 573

Hoeveel is er sinds het aantreden van de kabinetten Rutte I en II geïnvesteerd in de zorg? Kunt u dit zowel weergeven in een totaalbedrag als uitgesplitst in aparte tabellen voor Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet?

Antwoord 573:

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 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 2017. Het overzicht bevat alleen de beleidsmatige mutaties en dus niet de autonome groei. Het groei van het basispad uit de mlt 2013–2017 betreft wel groei die voor de zorg beschikbaar is, maar wordt niet beschouwd als intensivering.

Door de maatregelen van de kabinetten Rutte I en II is de trendmatige groei van de zorguitgaven na 2012 (het eerste jaar waarin maatregelen, ramingsbijstellingen en intensiveringen uit Rutte I hun beslag kregen) omgebogen. Om de zorgagenda van het kabinet uit te kunnen voeren was het nodig om financieel orde op zaken te stellen. De reële uitgavengroei in de zorg lag jarenlang hoger dan op de lange termijn houdbaar was.

In de periode tussen 2007 en 2012 groeiden de reële zorguitgaven met gemiddeld 5,2% per jaar, terwijl de economie met gemiddeld 1,2% per jaar groeide. De ontwikkeling van de reële zorguitgaven in de periode 2012–2017 bedraagt 1,0% tegenover een economische groei van 0,9% en bevindt zich daarmee in deze jaren op een houdbaar pad. Indien de zorguitgaven door de kabinetten Rutte I en II niet waren omgebogen, dan zou de stijging van de zorguitgaven naar verwachting circa € 12 miljard hoger hebben gelegen.

De maatregelen en ramingsbijstellingen in de Zvw hangen voornamelijk samen met de afgesloten hoofdlijnenakkoorden en het succesvolle preferentiebeleid op het terrein van de genees- en hulpmiddelen. De budgettaire ruimte als gevolg van deze maatregelen kon worden ingezet om de taakstelling op de lage ziektelast te mitigeren. In de langdurige zorg hangen de voornaamste maatregelen samen met de hervorming van de langdurige zorg. Zo is de aanspraak voor de functie begeleiding beperkt en is de Wlz op 1 januari 2015 ingevoerd. Daarnaast is sprake van maatregelen die onder andere samenhangen met enkele verzachtingen (waaronder de zachte landing HLZ), besparingsverliezen als gevolg van de vertraging in de extramuralisering en tegenvallers bij het persoonsgebonden budget.

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 Budgettair 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

Overzicht maatregelen en intensiveringen startnota (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	- 242,0	- 312,0	- 362,0	- 1.782,0	- 1.902,0	- 1.902,0
Maatregelen marktwerking curatieve zorg	0	0	- 40,0	- 90,0	- 130,0	- 130,0
Verlagen aantal vergoede zittingen eerstelijns psycholoog	- 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
Driedrempelvariant eigen bijdrage GGZ	- 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
Stimuleren zelfmanagement cliënt (E-health) en versterking eerstelijns GGZ	0,0	0,0	0,0	- 50,0	- 50,0	- 50,0
Zelf betalen no-show GGZ	- 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
pakketaanpassing fysiotherapie	- 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
Toetsen of uitgaven van verzekeraars conform het verzekerde basispakket zijn	- 40,0	- 40,0	- 40,0	- 40,0	- 40,0	- 40,0
Vooraf besluitvorming toelating tot het collectief verzekerde basispakket	- 30,0	- 40,0	- 50,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0
IVF uit het basispakket	0,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0
Verbeteren governance en het beperken van gouden handdrukken.	- 10,0	- 10,0	- 10,0	- 10,0	- 40,0	- 40,0
Verzekerde prestaties gericht op behandeling van een lage ziektelast uit het basispakket	0,0	0,0	0,0	- 1.300,0	- 1.300,0	- 1.300,0
AWBZ	- 20,0	- 80,0	- 260,0	- 834,0	- 959,0	- 959,0
Revalidatiezorg	0,0	0,0	0,0	- 50,0	- 50,0	- 50,0
Overheveling dagbesteding en begeleiding naar Wmo	0,0	- 20,0	- 140,0	- 140,0	- 140,0	- 140,0
scheiden wonen en zorg	0,0	0,0	0,0	- 100,0	- 140,0	- 140,0
beperken doelgroep AWBZ (IQ-maatregel)	- 20,0	- 60,0	- 120,0	- 210,0	- 250,0	- 250,0
Overhevelen zorg voor jeugd naar gemeenten	0,0	0,0	0,0	- 54,0	- 99,0	- 99,0
compensatie eigen bijdrage?	0,0	0,0	0,0	- 32,9	- 32,9	- 32,9
opbrengst eigen risico	0,0	0,0	0,0	- 247,1	- 247,1	- 247,1
Overig begrotingsgefinancierd	- 10,3	- 4,2	- 6,6	- 11,6	- 11,6	- 11,6
loon- en prijsbijstelling	- 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
Intensiveringen						
Zvw	46,7	192,8	131,0	233,9	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
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
Overig	46,7	192,8	131,0	- 46,1	0,0	0,0
AWBZ/Wlz	810,7	913,4	870,2	741,3	778,0	778,0
Tariefsverhoging intramurale zorg (GHZ, V&V, GGZ)	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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Overig	32,7	135,4	92,2	- 36,7	0,0	0,0
Overig begrotingsgefinancierd	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

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

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

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	0,0	- 997,0	- 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
Rollator en overige eenvoudige loophulpmiddelen uit het basispakket	0,0	- 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
Overheveling FZO naar de VWS begroting	0,0	- 20,0	- 20,0	- 20,0	- 20,0	- 20,0
Eigen bijdrage verpleegdag € 7,50 instellingen medisch specialistische zorg	0,0	- 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
Verhogen eigen risico tot € 350 met compensatie lage inkomens	0,0	- 800,0	- 800,0	- 800,0	- 800,0	- 800,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AWBZ	0,0	- 790,0	- 820,0	- 870,0	- 970,0	- 970,0
Extramuralisering AWBZ	0,0	- 20,0	- 50,0	- 100,0	- 200,0	- 200,0
Onder contracteerruimte brengen van bovenbudgettaire vergoedingen	0,0	- 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
Ongedaan maken verhoging ZZP-tarief ggz/ghz	0,0	- 280,0	- 280,0	- 280,0	- 280,0	- 280,0
Verlaging groeiruimte tot niveau demografie	0,0	- 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
Verlaging budget Wmo vermogensinkomensbijtelling	0,0	- 34,0	- 34,0	- 34,0	- 34,0	- 34,0
Vermogensinkomensbijtelling AWBZ	0,0	- 86,0	- 86,0	- 86,0	- 86,0	- 86,0
Intensiveringen						
Zvw	114,4	335,4	315,4	316,4	316,4	316,4
Correctie overgangsbeleid prestatiebekostiging	0,0	37,0	37,0	0,0	0,0	0,0
Dieetadvies in het pakket	0,0	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
Ondersteuning stoppen met roken	0,0	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
Aanpassing tariefkorting logopedie	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
Werelddekking	30,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ramingsbijstelling eigen risico	0,0	82,0	122,0	160,0	160,0	160,0
Verzachten eigen bijdrage GGZ	0,0	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0
AWBZ/Wlz	0,0	315,7	435,7	625,7	705,7	705,7
Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen AWBZ	0,0	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
Terugdraaien IQ-maatregel	0,0	60,0	120,0	210,0	250,0	250,0
Scheiden wonen en zorg	0,0	0,0	0,0	100,0	140,0	140,0
Toekomstbestendiger maken persoonsgebonden budgetten	0,0	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
Maatregelen						
Zvw	0,0	0,0	- 688,0	- 1.853,6	- 2.712,6	- 3.822,6
Hoofdlijnenakkoord 2013	0,0	0,0	- 250,0	- 500,0	- 750,0	- 1.000,0
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	0,0	0,0	- 150,0	- 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
Stringent pakketbeheer RA Rutte-Asscher	0,0	0,0	0,0	0,0	- 75,0	- 225,0
Verlaging ILO 2014-2017	0,0	0,0	- 88,0	- 261,0	- 340,0	- 485,0
Dekking intensivering wijkverpleegkundige	0,0	0,0	0,0	- 50,0	- 100,0	- 250,0
Honoraria medisch specialisten	0,0	0,0	0,0	- 100,0	- 100,0	- 100,0
Concentratie topreferente zorg	0,0	0,0	0,0	- 70,0	- 70,0	- 70,0
Afschaffen inkomensondersteunende regelingen	0,0	0,0	- 200,0	- 200,0	- 200,0	- 200,0
Korting honoraria kaakchirurgie	0,0	0,0	0,0	- 17,6	- 17,6	- 17,6
AWBZ/Wlz	0,0	- 118,9	- 791,8	- 2.406,2	- 2.746,9	- 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
Tariefkorting AWBZ (Korting contracteerruimte ZIN)	0,0	0,0	- 330,0	0,0	0,0	0,0
Landelijke invoering intramurale AWBZ (RA)	0,0	0,0	0,0	0,0	- 45,0	- 500,0
Verlaging ILO 2014-2017	0,0	0,0	- 60,0	- 215,0	- 314,0	- 425,0
Tariefmaatregel intramurale zorg	0,0	0,0	- 160,0	- 200,0	- 200,0	- 250,0
Beperken groeiruimte / contracteerruimte	0,0	0,0	- 21,0	- 21,0	- 169,0	- 260,0
Extramuraliseren ZZP 4 (RA)	0,0	0,0	0,0	0,0	- 35,0	- 70,0
Nominaal beeld	0,0	- 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
Verhogen intramurale eigen bijdrage AWBZ	0,0	0,0	- 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
Uitname t.b.v. beheerskosten CAK	0,0	0,0	- 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
Korting huishoudelijke verzorging	0,0	0,0	0,0	- 975,0	- 1.140,0	- 1.140,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Uitkering maatwerk	0,0	0,0	- 55,1	- 55,1	- 55,1	- 55,1
Jeugd	0,0	0,0	0,0	- 15,0	- 44,0	- 73,0
Ontschotten jeugdzorg (RA)	0,0	0,0	0,0	- 15,0	- 44,0	- 73,0
Overig begrotingsgefinancierd	3,4	147,5	- 73,4	- 349,4	- 410,3	- 411,2
Mutatie Zorgopleidingen (begroting VWS)	34,7	134,2	- 71,5	- 10,5	- 5,5	- 2,5
Mutatie Wtcg (begroting VWS)	- 31,2	13,3	- 1,9	- 338,9	- 404,7	- 408,7
Intensiveringen						
Zvw	8,4	164,9	296,2	1.567,2	1.626,2	1.788,2
Lage ziekte last	0,0	0,0	0,0	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
Intensivering wijkverpleegkundige	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0	250,0
Harmoniseren pensioenen en verzachten korting						
Opleidingsfonds	0,0	0,0	37,0	51,0	60,0	67,0
Compensatie ggz-kader (m.n. jeugd-ggz)	0,0	0,0	10,0	40,0	40,0	45,0
Werelddekking	0,0	0,0	60,0	0,0	0,0	0,0
Tariefsaanpassing logopedie	8,4	19,9	34,2	34,2	34,2	34,2
Overheveling pensiefonds UMC's	0,0	0,0	0,0	17,0	17,0	17,0
Eigen bijdrage ggz/verpleegdag	0,0	145,0	145,0	145,0	145,0	145,0
AWBZ/Wlz	0,0	17,0	265,0	295,0	395,0	645,0
Verzachten extramuraliseren	0,0	0,0	0,0	30,0	130,0	280,0
Verzachten vermogensinkomensbijtelling	0,0	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
Intensivering arbeidsmarkt zorg (RA)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Wmo hv	0,0	15,0	153,7	1.219,0	1.289,0	1.291,0
Verzachten korting huishoudelijke verzorging	0,0	0,0	0,0	510,0	530,0	530,0
Middelen maatwerkvoorziening (compensatie afschaffen Wtcg)	0,0	0,0	100,0	709,0	759,0	761,0
Compensatie Wmo extramuraliseren zzp's	0,0	15,0	53,7	0,0	0,0	0,0
Jeugd	0,0	0,0	0,0	35,0	35,0	35,0
Schrappen eigen bijdrage jeugdzorg	0,0	0,0	0,0	35,0	35,0	35,0
Overig begrotingsgefinancierd	20,9	13,4	5,6	9,8	5,1	1,6
Mutatie Caribisch Nederland (begroting VWS)	20,9	13,4	5,4	8,6	3,8	0,2
Overige	0,0	0,0	0,2	1,2	1,3	1,4

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	0,0	0,0	- 15,1	- 319,6	- 476,2	- 623,3
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	0,0	0,0	- 15,1	- 193,3	- 243,9	- 313,0
Dekking plan van aanpak NVWA	0,0	0,0	0,0	- 10,3	- 10,3	- 10,3
Kasschuif middelen subsidieregeling overgang integrale tarieven MSZ	0,0	0,0	0,0	75,0	0,0	- 25,0
Plafond beschikbaarheidbijdrage academische zorg	0,0	0,0	0,0	- 36,0	- 57,0	- 80,0
Tariefstelling hulpmiddelen	0,0	0,0	0,0	- 145,0	- 145,0	- 145,0
Sociale wijkteams	0,0	0,0	0,0	- 10,0	- 20,0	- 50,0
AWBZ/Wlz	0,0	0,0	- 12,8	- 248,0	- 564,0	- 574,0
<i>Begrotingsafspraken 2014</i>						
Doelmatiger Zorginkoop AWBZ	0,0	0,0	0,0	- 30,0	- 30,0	- 30,0
Transitie hervorming langdurige zorg	0,0	0,0	0,0	- 100,0	- 110,0	- 120,0
Zorgakkoord december						
Beperken groei ruimte tot demo	0,0	0,0	0,0	- 103,0	- 409,0	- 409,0
Zorgakkoord april 2014						
Overheveling bovenbudgettaire vergoedingen	0,0	0,0	0,0	- 15,0	- 15,0	- 15,0
Pgb-trekkingsrechten	0,0	0,0	- 12,8	0,0	0,0	0,0
Ramingsbijstelling groei ruimte care	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wmo hv	0,0	0,0	- 0,2	- 142,3	- 142,3	- 142,3
<i>Zorgakkoord april 2014</i>						
Overheveling Wmo HV	0,0	0,0	- 0,2	- 142,3	- 142,3	- 142,3
Wmo 2015	0,0	0,0	0,0	- 14,7	0,0	0,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bijdrage VNG Wmo	0,0	0,0	0,0	- 14,7	0,0	0,0
Overig begrotingsgefinancierd	0,0	0,0	0,0	- 337,9	- 363,0	- 488,0
Budget na afschaffing Wtcg en CER	0,0	0,0	0,0	- 438,0	- 438,0	- 438,0
Kasschuif middelen arbeidsmarkt intensivering Wmo	0,0	0,0	0,0	75,0	75,0	- 50,0
Overig	0,0	0,0	0,0	- 14,9	0,0	0,0
Intensiveringen						
Zvw	0,0	0,0	12,5	112,5	137,5	90,0
Voorwaardelijke toelating geneeskundige zorg (intramuraal)	0,0	0,0	12,5	37,5	62,5	75,0
Werelddekking	0,0	0,0	0,0	60,0	60,0	0,0
Overheveling bovenbudgettaire vergoedingen	0,0	0,0	0,0	15,0	15,0	15,0
AWBZ/Wlz	0,0	0,0	0,0	530,0	408,0	420,0
<i>Zorgakkoord december</i>						
Overgangsrecht Wlz	0,0	0,0	0,0	125,0	73,0	70,0
Overgangsrecht Wmo	0,0	0,0	0,0	200,0	0,0	0,0
Overgangsproblematiek Zvw	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Verzachting taakstelling Hz	0,0	0,0	0,0	0,0	200,0	200,0
<i>Zorgakkoord april 2014</i>						
Middelen instelling extra plaatsen	0,0	0,0	0,0	5,0	35,0	50,0
Extra middelen intramurale begeleiding	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Wmo 2015	0,0	0,0	0,0	195,0	165,0	50,0
<i>Zorgakkoord april 2014</i>						
Verzachting Wmo	0,0	0,0	0,0	195,0	165,0	50,0
Jeugd	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0
<i>Zorgakkoord april 2014</i>						
Verzachting jeugd sociaal domein	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0
Overig begrotingsgefinancierd	0,0	0,0	0,2	142,3	142,3	142,3
Volume index 2014	0,0	0,0	0,2	30,4	30,4	30,4
Volume index 2015	0,0	0,0	0,0	34,1	34,1	34,1
Effect extramuralisatie	0,0	0,0	0,0	77,8	77,8	77,8

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	0,0	0,0	0,0	- 497,1	- 817,1	- 613,4
Tarieven tandheeskunde	0,0	0,0	0,0	- 18,0	- 35,0	- 35,0
Additionele ruimte geneesmiddelen	0,0	0,0	0,0	- 149,2	- 291,3	- 350,0
Overheveling subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuisczorg	0,0	0,0	0,0	- 37,4	- 37,4	- 37,4
Dekking ophoging budget eerstelijnsverblijf	0,0	0,0	0,0	- 33,5	- 42,0	0,0
Uitstel overgang eerstelijnsverblijf naar Zvw	0,0	0,0	0,0	- 96,3	- 180,5	0,0
IJKlijnuuties beleidsbrief kwaliteit loont	0,0	0,0	0,0	- 10,0	- 13,0	- 14,5
Vrijval nominaal en onverdeeld	0,0	0,0	0,0	- 164,8	- 193,0	- 153,8
Herverdelingseffecten Zvw	0,0	0,0	0,0	7,0	- 4,7	- 4,7
Overige	0,0	0,0	0,0	5,0	- 20,2	- 18,0
AWBZ/Wlz	0,0	0,0	0,0	- 346,2	- 622,4	- 949,2
Dekking ophogen budget eerstelijnsverblijf	0,0	0,0	0,0	- 33,5	- 35,0	0,0
Wlz uitvoeringskosten	0,0	0,0	0,0	- 55,0	- 55,0	- 55,0
Dekking uitgaven SVB pgb's	0,0	0,0	0,0	- 42,7	- 8,4	- 8,4
Dekking pgb-tekort	0,0	0,0	0,0	0,0	- 116,0	- 176,0
Kasschuif groeiruimte care	0,0	0,0	0,0	- 50,0	50,0	0,0
Vrijval CIZ	0,0	0,0	0,0	- 23,0	- 23,0	- 23,0
Ruimte abortusklinieken	0,0	0,0	0,0	- 11,3	- 11,3	- 11,3
Herverdelingseffecten Wlz	0,0	0,0	0,0	0,0	- 208,0	- 446,0
Onderuitputting contracteerruimte Wlz	0,0	0,0	0,0	- 22,9	- 40,3	- 40,3
Overige	0,0	0,0	0,0	- 13,8	- 63,3	- 66,1
Eigen bijdrage Wlz	0,0	0,0	0,0	- 94	- 112	- 123
Wmo 2015	0,0	0,0	0,0	- 0,8	- 1,5	- 12,5
Dekking middelen huishoudelijke hulp-toelage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 10,0
Overige	0,0	0,0	0,0	- 0,8	- 1,5	- 2,5
Jeugd	0,0	0,0	0,0	0,0	15,8	18,8

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Herverdelingseffecten Jeugd	0,0	0,0	0,0	0,0	15,8	18,8
Intensivering						
Zvw	0,0	0,0	0,0	35,0	115,0	39,5
Darmkankerscreening	0,0	0,0	0,0	25,0	25,0	25,0
Ophogen budget eerstelijnsverblijf	0,0	0,0	0,0	0,0	77,0	0,0
P&M-intensivering beleidsbrief Kwaliteit Loont	0,0	0,0	0,0	10,0	13,0	14,5
AWBZ/Wlz	0,0	0,0	0,0	469,9	842,7	743,2
Ophogen budget eerstelijnsverblijf	0,0	0,0	0,0	67,0	0,0	0,0
Uitstel overgang eerstelijnsverblijf naar Zvw	0,0	0,0	0,0	96,3	180,5	0,0
Kosten SVB pgb trekkingsrechten	0,0	0,0	0,0	42,7	8,4	8,4
Pgb-tekort Wlz wegens hogere toestroom	0,0	0,0	0,0	91,0	133,0	160,0
Extramuraliseringseffecten (zzp's 1-3 en zzp4)	0,0	0,0	0,0	150,0	259,0	338,0
Huishoudelijke hulp Wlz MPT	0,0	0,0	0,0	0,0	27,0	27,0
Passend onderwijs	0,0	0,0	0,0	22,9	57,3	57,3
Compensatie RA-maatregel kern-awbz in 2016	0,0	0,0	0,0	0,0	45,0	0,0
Enveloppe: waardigheid en trots	0,0	0,0	0,0	0,0	132,5	152,5
Wmo 2015	0,0	0,0	0,0	40,4	266,4	419,1
Huishoudelijke hulp toelage	0,0	0,0	0,0	13,5	66,0	0,0
Meeropbrengst pgb trekkingsrechten gemeenten	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0
Lpo tranche 2015	0,0	0,0	0,0	6,9	6,9	6,7
Herverdelingseffecten Wmo 2015	0,0	0,0	0,0	0,0	193,5	412,3
Overig begrotingsgefinancierd	0,0	0,0	0,0	- 30,2	99,4	104,2
Overig	0,0	0,0	0,0	- 30,2	99,4	104,2

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	0	0	0	0	- 619,1	- 956,0
Schadevergoeding Erasmus MC	0	0	0	0	- 4,0	- 87,5
Taakstelling stringent pakketbeheer	0	0	0	0	75,0	225,0
Invulling stringent pakketbeheer msz	0	0	0	0	0	- 125,0
Invulling stringent pakketbeheer ggz	0	0	0	0	- 25,0	- 25,0
Invulling stringent pakketbeheer hulpmiddelen	0	0	0	0	- 50,0	- 75,0
Besluitvorming overschrijdingen msz	0	0	0	0	- 70,0	- 29,0
Kasschuif resterende middelen integrale tarieven	0	0	0	0	- 68,8	0,0
Nominaal en onverdeeld Zvw	0	0	0	0	- 469,9	- 732,7
Dekking verhoging budget eerstelijns verblijf vanuit de Zvw	0	0	0	0	0,0	- 46,5
Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen msz	0	0	0	0	0,0	- 9,0
Indicatiestelling gebitsprothese	0	0	0	0	0,0	- 19,4
Overige	0	0	0	0	- 6,3	- 31,9
Wlz	0	0	0	0	- 74,1	83,8
Uitvoeringskosten/compensatie pgb gemeenten	0	0	0	0	- 31,0	0,0
Uitstel overheveling HH MPT vanuit Wmo naar Wlz	0	0	0	0	- 26,8	0,0
Nominaal en onverdeeld Wlz	0	0	0	0	- 14,2	- 380,2
Onderuitputting EB en overheveling huisvestingskosten ELV	0	0	0	0	0,0	- 46,7
Overheveling ZiN naar pgb	0	0	0	0	0,0	- 96,0
Schrappen taakstelling Wlz	0	0	0	0	0,0	400,0
Uitstel overheveling HH MPT naar Wlz	0	0	0	0	0	- 17,0
Herverdeeleffecten Hlz	0	0	0	0	0,0	226,1
Overige	0	0	0	0	- 2,0	- 2,4
Wmo en Jeugdwet	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 226,1
Herverdeeleffecten Hlz	0	0	0	0	0,0	- 226,1
Begrotingsgefinancierd	0,0	0,0	0,0	0,0	226,3	- 24,0
Overige	0	0	0	0	226,3	- 24,0
Intensiveringen						
Zvw	0	0	0	0	25,1	204,3
Verhoging budget eerstelijns verblijf	0	0	0	0	0,0	77,0
Plastische chirurgie	0	0	0	0	0,0	14,8
Migratieproblematiek	0	0	0	0	23,6	76,5
Verwarde personen	0	0	0	0	15,0	30,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kasschuif verwarde personen	0	0	0	0	- 13,5	- 4,0
Besparingsverlies werelddekking	0	0	0	0	0,0	15,8
Dekking besparingsverlies werelddekking Marokko	0	0	0	0	0,0	- 5,8
AWBZ/Wlz	0	0	0	0	- 122,7	14,9
Waardigheid en Trots	0	0	0	0	- 17,5	- 17,5
Uitvoeringskosten SVB trekkingsrechten vanaf 2017	0	0	0	0	0,0	16,2
Hogere toestroom pgb	0	0	0	0	0,0	122,0
Uitdeling Ipo 2016 Wmo en Jeugd	0	0	0	0	- 105,2	- 105,8
Wmo en Jeugdwet	0	0	0	0	148,9	133,0
Compensatie derving eigen bijdrage Jeugdwet (Gemeentefonds)	0	0	0	0	26,6	26,6
Compensatie beschermd wonen (Gemeentefonds)	0	0	0	0	9,8	0,0
Compensatie eigen bijdragen gemeenten	0	0	0	0	5,0	0,0
Compensatie Wmo 2015	0	0	0	0	2,3	0,0
Uitdeling Ipo 2016 Wmo en Jeugd	0	0	0	0	105,2	105,8
Overige	0	0	0	0	0,0	0,6

Vraag 574

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

Antwoord 574:

In aanvulling op de maatregelen die zijn genomen door het kabinet Rutte I en II in de startnota en de ontwerpbegrotingen 2012–2016 (zie het antwoord op vraag 573), is in de ontwerpbegroting 2017 nog een aantal aanvullende maatregelen getroffen. Deze maatregelen hebben betrekking op de Zvw en de Wlz. Op de Wmo en Jeugdwet zijn geen aanvullende maatregelen getroffen. Hieronder treft u een overzicht van de aanvullende maatregelen en de budgettaire doorwerking hiervan voor de jaren t/m 2020.

Overzicht maatregelen Wmo, Wlz, Zvw en Jeugdzorg	2017	2018	2019	2020
Maatregelen				
Zvw	- 843,5	- 835,9	- 867,9	- 896,3
Schadevergoeding Erasmus MC	- 87,5	- 87,5	- 68,0	0,0
Taakstelling stringent pakketbeheer	225,0	225,0	225,0	225,0
Invulling stringent pakketbeheer msz	- 125,0	- 150,0	- 150,0	- 150,0
Invulling stringent pakketbeheer ggz	- 25,0	- 25,0	- 25,0	- 25,0
Invulling stringent pakketbeheer hulpmiddelen	- 75,0	- 50,0	- 50,0	- 50,0
Dekking pakketuitbreiding		- 25,0	- 25,0	- 25,0
Besluitvorming overschrijdingen msz	- 29,0	0,0	0,0	0,0
Kasschuif resterende middelen integrale tarieven	0,0	25,0	34,0	10,0
Migratieproblematiek	76,5	94,9	94,9	94,9
Verwarde personen	30,0	30,0	30,0	30,0
Kasschuif verwarde personen	- 4,0	5,0	8,0	4,5
Nominaal en onverdeeld Zvw	- 732,7	- 755,5	- 808,9	- 879,9
Dekking verhoging budget eerstelijns verblijf vanuit de Zvw	- 46,5	- 46,0	- 46,0	- 46,0
Besparingsverlies werelddekking	15,8	16,6	17,4	18,2
Dekking besparingsverlies werelddekking Marokko	- 5,8	- 6,6	- 7,4	- 8,2
Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen msz	- 9,0	- 26,0	- 26,0	- 26,0
Indicatiestelling gebitsprothese	- 19,4	- 19,4	- 19,4	- 19,4
Overige	- 31,9	- 41,4	- 51,5	- 49,4
Wlz	- 142,3	- 88,0	- 72,2	- 76,3
Uitvoeringskosten/compensatie pgb gemeenten	0,0	0,0	0,0	0,0
Uitstel overheveling HH MPT vanuit Wmo naar Wlz	0,0	0,0	0,0	0,0
Nominaal en onverdeeld Wlz	- 380,2	- 273,2	- 273,2	- 273,2
Onderuitputting EB en overheveling huisvestingskosten ELV	- 46,7	- 43,7	- 41,2	- 41,2
Overheveling ZiN naar pgb	- 96,0	- 139,0	- 139,0	- 139,0
Tarieven NHC's	0,0	- 15,0	- 15,0	- 15,0
Schrappen taakstelling Wlz	400,0	400,0	400,0	400,0
Uitstel overheveling HH MPT naar Wlz	- 17,0	- 17,0	- 17,0	- 17,0
Overige	- 2,4	- 0,1	13,2	9,1

Vraag 575

Kan de regering nader specificeren op welke manier er een kwaliteitsimpuls wordt gegeven aan verpleeghuizen, waaraan het bedrag van 160 miljoen euro in 2017 oplopend tot 210 miljoen euro vanaf 2020 specifiek en concreet besteed wordt?

Antwoord 575:

De kwaliteitsimpuls voor de verpleeghuizen betreft ten eerste extra middelen, bestemd voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en deskundigheidsbevordering van professionals. Deze middelen worden door de zorgkantoren toegekend indien de zorgaanbieder een plan indient voor de besteding van de extra middelen. Het plan dat een zorgaanbieder moet indienen geeft weer hoe de zorgorganisatie de middelen voor een zinvolle daginvulling en deskundigheidsbevordering gaat inzetten. Dit plan is gezamenlijk met de Cliëntenraad en Ondernemingsraad (OR) en, indien aanwezig, de Verpleegkundige of Verzorgende Adviesraad (VAR) opgesteld, met hen afgestemd en heeft hun goedkeuring. De Cliëntenraad concentreert zich op het deel over een zinvolle daginvulling; OR en VAR op de deskundigheid van personeel. Het is aan de beoordeling van deze organen of de geleverde kwaliteit hiermee verbetert en of zij met een volgend plan weer willen instemmen. Wanneer een zorgaanbieder dat goed doet, zal hij ook in de komende jaren in aanmerking kunnen komen voor de extra middelen.

Daarnaast is er een bedrag beschikbaar voor de uitvoering van het programma «Waardigheid en Trots». Dit wordt ingezet om de kwaliteit van de zorg te verhogen. De middelen worden onder meer ingezet voor de IGZ, voor ondersteuning cliëntenraden en patiënten- en belangenorganisaties, ruimte voor verpleeghuislocaties, het faciliteren van zorgaanbieders om hun kwaliteit te verbeteren en administratieve lasten terug te dringen.

Vraag 576

Kunt u specificeren hoe de kwaliteitsimpuls in verpleeghuizen vormgegeven zal worden?

Antwoord 576:

Zie het antwoord op vraag 575.

Vraag 577

Bedraagt de geschrapte taakstelling op de Wlz nu 500 miljoen euro (blz. 149) of 462 miljoen euro (blz. 151)? Hoe is dat bedrag opgebouwd? Er wordt aangegeven dat de 500 miljoen euro voor 400 miljoen euro gedekt wordt vanuit de middelen uit het pakket voor maatschappelijke prioriteiten en 100 miljoen euro door meevallers Wlz. Kan de regering hier een uitgebreide toelichting op geven, en duiden waar deze potten met geld op de begroting staan?

Antwoord 577:

De geschrapte taakstelling op de Wlz bedraagt € 500 miljoen structureel vanaf 2017.

De € 462 miljoen op blz. 151 betreft een de kaderaanpassing, die uiteenvalt in een bedrag van € 400 miljoen vanuit het budget voor maatschappelijke prioriteiten en € 62 miljoen zijnde de macro-economische doorwerking daarvan. Zie het antwoord op vraag 587 voor een nadere toelichting op de kaderaanpassing.

De dekking komt zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 13 juni voor € 400 miljoen vanuit de algemene middelen. De resterende € 100 miljoen wordt gedekt met financiële meevallers op de VWS-begroting voor langdurige zorg. Er is geen sprake van «potten met geld op de begroting», maar van een meevallende ontwikkeling ten opzichte van het bestaande budgettaire beeld. De lage rentestand voor de financiering van gebouwen leidt tot de voornaamste meevaller. Vanaf 2018 zullen de tarieven voor de normatieve huisvestingscomponent (NHC) en de normatieve inventariscomponent (NIC) worden herijkt. Daarbij zal rekening worden gehouden met de lage rentestand. In de huidige vergoeding voor huisvestingskosten is uitgegaan van een rente van 5,0%. Dit rentepercentage is gebaseerd op een langjarig gemiddelde uit de renteontwikkelingen AWBZ 1987–2010 (CBS). Dit langjarige gemiddelde is inmiddels gedaald naar circa 4%.

Dit betekent dat ook de huisvestingstarieven hierop (neerwaarts) kunnen worden aangepast. Voor het jaar 2017 komt de dekking vanuit verwachte onderuitputting op het Wlz-artikel. In plaats van terugvloeiën daarvan naar de algemene middelen is deze € 100 miljoen ook beschikbaar gesteld voor het schrappen van de taakstelling. Daarmee is derhalve rekening gehouden in de ontwerpbegroting 2017.

Vraag 578

Waaruit blijkt dat kwaliteit en kostenbeheersing hand in hand gaan? Welke kwaliteitsverbeteringen zijn de afgelopen kabinetsperiode gerealiseerd?

Antwoord 578:

Zoals ik u eerder heb geïnformeerd in onder meer mijn brieven over het programma «Kwaliteit loont» brengt kwalitatief betere zorg minder complicaties tijdens of na de behandeling met zich mee. Dit heeft minder heropnames en minder vervolgbehandelingen tot gevolg. Ook leidt intensievere communicatie tussen patiënt en zorgverlener over de te volgen behandeling – of juist over het niet inzetten van een behandeling («samen beslissen») – tot betere kwaliteit, meer tevreden patiënten en vaak ook tot minder behandelingen. Om dit proces van samen beslissen te bevorderen is vergroting van de transparantie over de kwaliteit van zorg én over de behandelmogelijkheden voor de patiënt met bijbehorende voor- en nadelen van groot belang. Alleen dan kan de patiënt een goede keus maken over zijn of haar behandeling en wie hij of zij die behandeling eventueel wil laten uitvoeren.

Ter verbetering van de kwaliteit van zorg op genoemde punten zijn gedurende deze kabinetsperiode meerdere acties in gang gezet binnen het kader van het Hoofdlijnenakkoord voor de medisch-specialistische zorg. Inzet daarbij is primair gericht op transparantievergroting in brede zin – inclusief facilitering van het samen beslissen –, op ontwikkeling, onderhoud en implementatie van richtlijnen en protocollen, en op onderzoek naar mogelijkheden voor kwaliteitsverbetering.

De afgelopen jaren zijn veel kwaliteitsverbeteringen gerealiseerd. Ik noem hier een aantal voorbeelden, de zorg is zo breed dat dit niet op één A4 is op te sommen. De vermijdbare sterfte en schade in de Nederlandse ziekenhuizen is met 50% gedaald. Kwaliteitsregistraties hebben geleid tot 55% minder sterfte na maagkankeroperaties. Bij darmkanker nam de sterfte af met 52%. Ook zien we 16% afname aan complicaties na operatie van een acuut aneurysma (DICA 2016).

Ondertussen stijgen de uitgaven aan medisch-specialistische zorg minder hard dan voorheen en wijzen de (voorlopige) realisatiecijfers voor 2014 en 2015 erop dat de uitgaven binnen de afgesproken kaders blijven. Zo gaan kwaliteit en kostenbeheersing hand in hand.

Ook op andere terreinen zijn er kwaliteitsverbeteringen gerealiseerd. Naar aanleiding van «Het roer moet om» in 2015 hebben huisartsen en verzekeraars afspraken gemaakt over verbetering van kwaliteit. Zo werken partijen onder andere aan betere keuze-informatie voor de patiënt. Dit gebeurt via een gesprekshulp, maar ook door betere informatie te verstrekken op websites als de eigen praktijksite en kiesuwhuisarts.nl. Hiernaast zijn een aantal maatregelen genomen om zorg meer op de juiste plek te kunnen leveren. Er wonen steeds meer ouderen met een complexe zorgvraag thuis. Om deze mensen de juiste zorg te kunnen leveren wordt het per 1 januari 2017 makkelijker gemaakt voor de huisarts om de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen.

Met de overheveling van de wijkverpleging naar de Zorgverzekeringswet is het de wijkverpleegkundige die weer zelf indiceert. Zij kan hierdoor de omgeving en de mogelijke zelfredzaamheid van de patiënt meenemen in het zorgplan en de uiteindelijk in te zetten hoeveelheid zorg. Door de vraag van de patiënt centraal te stellen en de omgeving mee te wegen is het mogelijk om doelmatiger zorg te verlenen die beter aansluit bij de zorgvraag.

In de ggz werken steeds meer FACT-teams die beschikken over een CCAF-kwaliteitskeurmerk. De gecertificeerde teams – inmiddels bijna 300 – bedienen ongeveer 50.000 patiënten van ambulante zorg die daardoor niet of minder vaak en lang opgenomen hoeven te worden. Ik verwacht dat dit nog verder zal toenemen.

Vraag 579

Waarom wordt de 500 miljoen euro aan geschraptte Wlz-taakstelling vanaf 2017 besteed, en hoeveel hiervan slaat er neer in de ouderen- resp. de gehandicaptenzorg?

Antwoord 579

Het kabinet heeft besloten om de taakstelling van € 500 miljoen te schrappen. Dat betekent dat er in 2017 (en latere jaren) meer ruimte is voor zorgaanbieders om kwalitatief goede zorg te leveren waarmee kwetsbare cliënten beter in staat worden gesteld om het leven te leiden zoals zij dat willen. Indien de taakstelling niet was geschrapt, maar naar rato van de sectoren zou zijn verdeeld, dan zou hiervan afgerond € 280 miljoen neerslaan in de ouderenzorg, € 200 miljoen in de gehandicaptenzorg en € 20 miljoen in de geestelijke gezondheidszorg.

Vraag 580

Kan er gespecificeerd worden op welke manier er een kwaliteitsimpuls wordt gegeven aan verpleeghuizen en waarom het bedrag van 160 miljoen euro in 2017 oplopend tot 210 miljoen euro vanaf 2020 specifiek besteed wordt?

Antwoord 580:

Zie het antwoord op vraag 575.

Vraag 581

Welke besparingen zijn er dankzij het preferentiebeleid gerealiseerd over de afgelopen vijf jaar? Is het mogelijk om dit per jaar uit te splitsen?

Antwoord 581:

Het preferentiebeleid wordt uitgevoerd door verzekeraars en heeft geleid tot forse prijsverlagingen. De cumulatieve opbrengsten kunnen alleen bij benadering worden geschat. Op basis van gegevens van Vektis en de NZa wordt de besparing op de zorgkosten door het preferentiebeleid geraamd

op gemiddeld meer dan € 600 miljoen per jaar. Over de laatste 5 jaar betekent dit dat bij elkaar opgeteld er meer dan € 3 miljard is bespaard.

Vraag 582

Worden tekorten aan geneesmiddelen veroorzaakt door het preferentiebeleid? Wat is het gevolg van het voortzetten van het preferentiebeleid op een geneesmiddelentekort? Wat is het doel van de Minister met het voortzetten van het preferentiebeleid?

Antwoord 582:

Geneesmiddelentekorten kennen diverse oorzaken. De belangrijkste oorzaak is de toenemende globalisering van de geneesmiddelenmarkt, waardoor fabrikanten, na overnames en fusies, uit efficiencyoverwegingen hun portfolio's opschonen en op minder grondstofleveranciers bouwen. Dit maakt de keten kwetsbaar.

Het preferentiebeleid leidt tot forse dalingen van geneesmiddelenprijzen, wanneer het *spécialité* uit patent is gelopen en generieke middelen op de markt komen. Dat leidt als zodanig niet tot tekorten.

Volgens de KNMP wordt in de openbare apotheek jaarlijks voor € 462 miljoen aan generieke geneesmiddelen verstrekt. Dit zijn 177 miljoen verstrekkingen. De kosten per patiënt zijn € 2,61 per maand. Van de 177 miljoen verstrekkingen zijn 61 miljoen verstrekkingen preferent aangewezen door een verzekeraar. Dat gaat over € 146 miljoen, ofwel € 2,37 per patiënt per maand. Als er meerdere alternatieven worden aangewezen, zo heeft KNMP berekend, ben je bij 5 alternatieven € 2,62 per patiënt per maand kwijt. Het aanbieden van 5 alternatieven kost volgens de KNMP daarom € 15 miljoen extra ($0,25 * 61$ miljoen verstrekkingen).

Dit lijkt een plausibele berekening. Wel moet opgemerkt worden dat de berekeningen zijn gebaseerd op de huidige prijzen. Hoe de prijzen zich ontwikkelen bij aanwijzen van meerdere preferente middelen en daardoor mogelijk veranderende marktaandelen is niet bekend. Daarbij maakt het bovendien uit hoe lang het middel al uit patent is.

Zoals ik in mijn brief aan de Tweede Kamer van 23 juni jl. (Kamerstuk 29 477, nr. 389) heb geschreven, betreft een van de mogelijke maatregelen die de werkgroep geneesmiddelentekorten onderzoekt een bredere invulling van het preferentiebeleid, mede om veelvuldig wisselen van product te voorkomen. Overigens kunnen we ook daarmee niet alle tekorten uitbannen. Alle EU-landen kennen tekorten, ondanks het verschil in systemen. Afgelopen informele raad is de probleem in Bratislava besproken

Vraag 583

Kan er een overzicht gegeven worden van de veranderingen in de verplichte eigen bijdragen in de zorg over de afgelopen 5 jaar?

Antwoord 583:

De veranderingen in de verplichte eigen bijdragen in de zorg van de afgelopen 5 jaar zijn hieronder uiteengezet in een tabel met betrekking tot de AWBZ/Wlz en de Wmo (2015) en twee overzichten met betrekking tot de eigen betalingen in de Zvw: één met wijzigingen van het eigen risico en één met wijzigingen van de eigen bijdragen Zvw.

2013	<p>Zowel AWBZ als Wmo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het bijdrageplichtig inkomen is zo aangepast dat de hoogte van de eigen bijdragen via een vermogensinkomensbijtelling mede afhankelijk wordt gemaakt van het vermogen van verzekerden. In het Begrotingsakkoord 2013 is besloten voor de vermogensinkomensbijtelling een percentage van 8% te hanteren. <p>Wmo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeenten krijgen beleidsvrijheid om de inkomensgrenzen voor berekening eigen bijdragen te verhogen zodat burgers minder snel een inkomensafhankelijk deel aan bijdrage moeten betalen en de maximum eigen bijdragen lager vastgesteld worden. • Geregeld wordt verder dat de bijdrage Wmo niet hoger mag zijn dan de kostprijs van de maatschappelijke ondersteuning
-------------	---

2014	<p>Zowel AWBZ als Wmo</p> <p>Wijziging van de intramurale bijdrage. De wijzigingen hielden in dat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de zogenoemde Wtcg-korting op de eigen bijdragen is vervallen; • als compensatie is de aftrek voor de fiscale Wajong- (€ 696) en ouderentoeslag (€ 627) vervangen door een nieuwe nominale aftrekpost van € 1.700 voor niet-AOW-gerechtigden en € 950 voor AOW-gerechtigden; • de in 2004 geïntroduceerde verhoging van de eigen bijdrage met 2% is vervallen; • een extra vrijlating van € 381 is vervallen.
-------------	--

2015	<ul style="list-style-type: none"> • Wlz-zorg bij verblijf, een pgb of VPT + Beschermd Wonen in de Wmo 2015 • De systematiek van de eigen bijdragen is met de inwerkingtreding van de Wlz in 2015 vereenvoudigd: de AWBZ ging nog uit van vier systematieken, de Wlz gaat uit van twee: de lage en de hoge intramurale bijdrage. • De «extramurale periodebijdrage» is voor pgb-houders per 1 januari 2015 vervallen en daarbij is aangekondigd dat deze ook voor MPT'ers zal vervallen per 2016. • Voor de Wlz-rgb'ers is een korting van € 136 per maand ingevoerd om de inkomenseffecten weg te nemen. • Omdat bij Beschermd Wonen in de Wmo 2015 sprake is van verblijf, is daarbij ook aangesloten bij de intramurale bijdragen. <ul style="list-style-type: none"> • Wlz-zorg bij een MPT + Wmo 2015 maatwerk en pgb's • Met de invoering van de Wmo 2015 is de maximale periodebijdrage blijven gelden zoals onder de oude Wmo. • Eigen bijdragen voor het MPT in de Wlz en voor Wmo-maatwerkvoorzieningen en pgb's konden in 2015 hoger uitvallen omdat de zogenoemde Wtcg-korting van 33% is vervallen. Ook is de eigen bijdrage gebaseerd op de werkelijke kosten en niet meer op fictieve kosten.
-------------	--

2016	<ul style="list-style-type: none"> • Vanaf 2016 is de systematiek verder vereenvoudigd: de lage intramurale bijdrage min € 136 per maand geldt nu ook voor het modulair pakket thuis. Hierbij is zoveel als mogelijk rekening gehouden met het mitigeren van inkomenseffecten, door een korting van € 6.000 op het bijdrageplichtig inkomen in te voeren.
-------------	--

Verplicht eigen risico Zorgverzekeringswet: Ontwikkeling afgelopen vijf jaar

	€	2012	2013	2014	2015	2106
Verplicht eigen risico		220	350	360	375	385
Gemiddeld eigen risico		135	191	228	237	240

De eigen bijdragen in de Zvw: ontwikkeling afgelopen vijf jaar

- Binnen de groep van onderling vervangbare geneesmiddelen kunnen eigen betalingen gelden voor de kosten boven de maximale vergoeding vanuit de zorgverzekering. Deze zijn niet opgenomen in de tabel.
- De aanpassingen in de eigen bijdragen in de Zvw vinden hoofdzakelijk plaats via de wettelijk voorgeschreven indexering aan de hand van de prijsindexen voor de betreffende sectoren.

2012	<ul style="list-style-type: none"> • Per 1-1-2012 zijn de volgende eigen bijdragen voor GGZ-zorg en voor eerstelijns psychologische zorg geïntroduceerd:
-------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • een bijdrage van € 50 per internetbehandeltraject GGZ, een bijdrage van € 100 voor tweedelijns GGZ (tot 100 minuten) of € 200 (vanaf 100 minuten) met een jaarlijkse maximum van € 200 aan eigen betalingen aan GGZ zorg. • een eigen bijdrage voor verblijf in een GGZ-instelling na 31ste dag van € 145 per maand. • een bijdrage per zitting eerstelijnspsychologie van € 20.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Per 1-1-2013 zijn de eigen bijdragen voor tweedelijns GGZ-zorg en voor verblijf in het kader van geneeskundige GGZ vervallen. • De maximumvergoeding voor hoortoestellen is vervangen door een eigen bijdrage van 25% van de kosten.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Per 1-1-2014 zijn de eigen bijdragen voor eerstelijns psychologische zorg en per internethandeling vervallen.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Bij overheveling van de wijkverpleging vanuit de AWBZ naar de Zvw is er voor gekozen om, anders dan bij verpleging en verzorging in de AWBZ, geen eigen bijdrage in te voeren. • In afwijking van het uitgangspunt dat zorg onder het verplicht eigen risico valt is er tevens voor gekozen om de wijkverpleging uit te zonderen van het eigen risico.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor minderjarigen is afgeschaft.

Vraag 584

Voor welke zorgsectoren geldt (nog) geen vrije prijsvorming?

Antwoord 584:

De volgende sectoren in de curatieve zorg kennen regulering via vaste of maximumtarieven:

- de reguliere huisartsenbesteding (segment 1);
- huisartsendienstenstructuren (voor de avond, nacht en weekendzorg);
- de curatieve geestelijke gezondheidszorg;
- de basis geestelijke gezondheidszorg;
- de wijkverpleging;
- het a-segment in de medisch specialistische zorg;
- de ambulancezorg;
- de mondzorg (tandheelkundige en orthodontische zorg, centra voor bijzondere tandheelkunde en instellingen voor jeugd tandverzorging);
- kraamzorg;
- geboortezorg;
- logopedie (vanaf 1 januari 2017 vrije prijsvorming).

Ook de langdurige zorg (verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg) valt onder tariefregulering.

Vraag 585

Kunt u de geneesmiddeltekorten in de periode 2006–2016 uiteenzetten, uitgesplitst per jaar? Hoe zijn de ontwikkelingen in de geneesmiddeltekorten te verklaren?

Antwoord 585:

Zie het antwoord op vraag 148.

Vraag 586

Wat zou het kosten om meerdere geneesmiddelen, die elkaar weinig in prijs ontlopen, als preferent aan te wijzen? 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 586:

Zie het antwoord op vraag 582.

Vraag 587

Hoe zijn de uitgavenkaders aangepast voor het pakket ten behoeve van maatschappelijke prioriteiten?

Antwoord 587:

Paragraaf 3.6 van de Miljoenennota bevat elk jaar voor alle drie de elkaders een tabel met de ontwikkeling van de kadertoetsing. Deze paragraaf geeft de veranderingen weer van de toetsing van de daadwerkelijke uitgaven aan de uitgavenkaders inclusief de aanpassingen uit hoofde van het pakket voor maatschappelijke prioriteiten en koopkrachtrepatriatie zoals is toegelicht in paragraaf 3.2 van de Miljoenennota.

Tabel 2 op pagina 151 van de VWS ontwerpbegroting 2017 geeft de kaderaanpassing voor het BKZ weer (€ 462 miljoen).

Vraag 588

Het BKZ heeft nu een verwachte overschrijding van bijna 0,8 miljard euro in 2016 oplopend tot 1,4 miljard euro in 2017. Waar komt deze overschrijding vandaan? Waarom wordt de verwachte 1,4 miljard overschrijding voor 2017 niet geïnvesteerd in de zorg? Kan een toelichting worden gegeven?

Antwoord 588:

Het BKZ kende in de begroting 2016 een verwachte overschrijding van € 0,7 miljard in 2016 en € 1,3 miljard in 2017. Zoals is aangegeven in tabel 2 op pagina 151 van de begroting 2017, is het kader tussen begroting 2016 en begroting 2017 met –€ 0,6 miljard in 2016 en –€ 0,5 miljard in 2017 bijgesteld. De netto-uitgaven zijn, zoals is aangegeven in tabel 3 op pagina 151 van de begroting 2017, met –€ 0,7 miljard in 2016 en –0,6 miljard in 2017 bijgesteld. Daarmee is de overschrijding in beide jaren met € 0,1 miljard toegenomen, naar € 0,8 miljard in 2016 en € 1,4 miljard in 2017.

In paragraaf 3.6 (tabel 3.6.1) van de Miljoenennota 2017 is te zien dat, inclusief genoemde overschrijdingen op het BKZ, het totale uitgavenkader in 2016 en 2017 op 0 sluit. De overschrijdingen in 2016 en 2017 op de Rijksbegroting in enge zin van € 1,5 miljard in 2016 en € 1,1 miljard in 2017 en de overschrijding op het dekkader Sociale Zekerheid en Arbeidsmarktbeleid in 2017 van € 0,3 miljard worden dus gecompenseerd door de overschrijdingen op het dekkader Budgetair Kader Zorg.

Vraag 589

Het is toch niet te verkopen dat er in 2016 mensen zorg zijn kwijtgeraakt, zorgmedewerkers zijn ontslagen, er wachtlijsten waren voor de wijkverpleging en de palliatieve zorg door de bezuinigingen en dat er nu 0,8 miljard euro aan overschrijding op het BZK is? Kan een toelichting worden gegeven?

Antwoord 589:

De Nederlandse zorg behoort tot de beste in de wereld voor wat betreft kwaliteit en toegankelijkheid. Het is ook belangrijk dat de zorg betaalbaar is en in de toekomst blijft. In de periode tussen 2002 en 2012 namen de reële zorguitgaven met gemiddeld 3,3 procent per jaar toe, terwijl de economie met gemiddeld 1,2 procent per jaar groeide. Het kabinet zag het daarom als een belangrijke opdracht om de zorguitgaven te beheersen, door gepast gebruik van zorg te stimuleren en zorg dichterbij de mensen te organiseren. Alle maatregelen die wij daartoe noodzakelijk achten, waaronder de hervorming van de langdurige zorg en de zorgakkoorden in de curatieve zorg, hebben wij in de afgelopen jaren doorgevoerd. Daar

waar zich knelpunten voordoen grijpen we in. We hebben oog voor de (uitvoerings)problemen die ontstaan als gevolg van de transities. En waar nodig hebben we maatregelen verzacht. Zo is de voorgenomen ombuiging op verpleeghuiszorg teruggedraaid en er zijn verschillende actieplannen geformuleerd, onder andere voor het verbeteren van de kwaliteit van verpleeghuizen en de aanpak van verwarde personen.

Vraag 590

Hoeveel mensen maakten in 2016 gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering die in samenwerking met de gemeente aangeboden wordt? Hoeveel mensen waren dat in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 590:

In 2016 maakten 609.242 gebruik van een collectieve zorgverzekering via een gemeente, hetgeen is opgenomen in het rapport *Fact-finding collectiviteiten in de zorgverzekeringswet* (Zorgweb) dat in 2016 is uitgevoerd en enkel in gaat op 2016 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 29 689, nr. 765). Van de overige jaren zijn geen specifieke gegevens bekend van gemeentelijke collectiviteiten. De NZa maakt uitsluitend onderscheid in werkgevers- en patiëntencollectiviteiten en registreert andere collectiviteiten onder de noemer «overig».

Vraag 591

Hoeveel mensen hebben een naturapolis, budgetpolis, restitutiepolis en een aanvullende polis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord 591:

Het aantal verzekerden per soort polis per zorgverzekeraar is afhankelijk van het polisaanbod per zorgverzekeraar en de keuze die verzekerden maken. De NZa heeft mij de gegevens op totaalniveau en op concernniveau verstrekt. In verband met de concurrentiegevoeligheid zijn de gegevens op concernniveau geanonimiseerd. Gegevens per zorgverzekeraar zijn niet verstrekt, ook niet geanonimiseerd, omdat die gegevens eenvoudig te herleiden zouden zijn.

In 2016 is het totaal aantal verzekerden 16,9 miljoen personen. Hiervan hebben circa 11,2 miljoen een naturapolis (exclusief budgetpolis), circa 3,7 miljoen een restitutiepolis en circa 0,5 miljoen een combinatiepolis. Een combinatiepolis vergoedt sommige zorg in natura en andere zorg op basis van restitutie. Een budgetpolis is in veruit de meeste gevallen een vorm van een naturapolis. Ca. 1,5 miljoen verzekerden hebben een budgetpolis.

Verzekerden per soort polis per concern in 2016

Concern	Natura	Budget ¹	Restitutie	Combinatie
1	67%			33%
2	63%	15%	22%	
3	69%	10%	21%	
4			100%	
5	73%	7%	11%	8%
6	87%	5%	6%	2%
7	96%		4%	0%
8			100%	
9			100%	
Gemiddeld	66%	9%	22%	3%

¹ Een budgetpolis is in veruit de meeste gevallen een vorm van een naturapolis

Deze cijfers wijken af van de cijfers in de NZa Marktscan 2016 omdat de NZa daar niet heeft uitgesplitst naar combinatiepolis.

Het aantal verzekerden met een aanvullende polis is circa 14,2 miljoen.

Het percentage met een aanvullende verzekering verschilt per zorgverzekeraar en varieert tussen 66 en 94%.

Vraag 592

Hoeveel mensen hebben een budgetpolis, en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord 592:

Zie het antwoord op vraag 591.

Vraag 593

Hoeveel mensen hebben een restitutiepolis, en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord 593:

Zie antwoord op vraag 591

Vraag 594

Hoeveel mensen hebben een aanvullende polis afgesloten, en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord 594:

Zie antwoord op vraag 591.

Vraag 595

Hoeveel winst maakten zorgverzekeraars op collectieve zorgverzekeringen die in samenwerking met gemeenten aangeboden werd? Hoe hoog was die winst in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 595:

Het is niet bekend wat de winsten of verliezen zijn van zorgverzekeraars per polis of nog gedetailleerder per collectiviteit (zie Kamerstuk 29 689, nr. 769).

Vraag 596

Wat worden de solvabiliteitseisen in de nabije toekomst?

Antwoord 596:

Gezien het vereiste solvabiliteitpercentage onder Solvency II verschillen per zorgverzekeraar en mede afhankelijk zijn van het risicoprofiel (welke kan wijzigen) is het niet mogelijk eenduidig aan te geven wat de solvabiliteitseisen in de nabije toekomst zullen zijn.

Uit de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering blijkt dat de huidige vereiste solvabiliteit op basis van Solvency II gemiddeld circa 16% van de premie- plus vereveningsbijdrage bedraagt, oftewel ongeveer € 6,3 miljard.

Vraag 597

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 597:

Solvabiliteit basisverzekering ultimo 2015 (bedragen x € 1 miljoen), Solvency II

Concern	2015 aanwezig	2015 vereist	Verschil	2015 ratio
ASR	119	81	37	146%
CZ	2.106	1.249	857	169%
De Friesland	323	208	116	156%
DSW	267	176	91	152%
Eno	55	51	4	108%
Menzis	1.078	873	206	124%
ONVZ ¹				166%
Stad Holland	59	31	28	188%
VGZ ¹				156%
Zilveren Kruis ²	2.997	1.700	1.297	176%
Z&Z	309	165	144	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. Voor de totale aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering is daarom een benadering gemaakt van de solvabiliteitscijfers van VGZ en ONVZ (zie antwoord vraag 740).

² Betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis.

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

Vraag 598

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 598:

Zie het antwoord op vraag 529 in het verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden bij de begroting 2016 van het Ministerie van VWS (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 12).

Vraag 599

Wat zijn de totale kosten die zorgorganisaties maken voor de onderhandelingen met zorgverzekeraars?

Antwoord 599:

Ten behoeve van de contractonderhandelingen worden door zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars kosten gemaakt. Hoe hoog de totale kosten voor zorgaanbieders zijn is mij niet bekend.

Vraag 600

Hoeveel winst verwacht u volgend jaar bij de zorgverzekeraars? Kunt u een overzicht sturen wat de winsten van alle zorgverzekeraars in totaal en afzonderlijk waren vanaf 2004 t/m 2016?

Antwoord 600:

Ik maak zelf geen raming van de winst van de zorgverzekeraars. Voor het lopende jaar 2016 verwachten zorgverzekeraars zelf een negatief resultaat van € 1,9 miljard, doordat zorgverzekeraars de premie 2016 niet-kostendekkend hebben vastgesteld (bron: transparantieoverzichten basisverzekering 2015). Voor dit verwachte tekort hebben zorgverzekeraars een voorziening opgebouwd.

Ingeval deze voorziening niet geheel nodig is, dan heeft dat een positief effect op het resultaat. Daarnaast is het mogelijk dat zorgverzekeraars positieve resultaten behalen als gevolg van meevallende kosten of inkomsten uit voorgaande jaren.

DNB publiceert 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 (x € 1 miljoen)
2007	- 269
2008	- 218
2009	464
2010	125
2011	381
2012	937
2013	1.229
2014	918
2015	323

Bron: DNB

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. 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 (een deel van) de opbrengsten uit beleggingen. Het gaat daarbij om een gemiddelde opbrengst van € 250 miljoen voor alle verzekeraars samen.

Vanwege het hanteren van schade- en premievoorzieningen zijn uitkomsten van het technisch resultaat niet eenvoudig af te leiden van de openbare statistieken en de jaarverslagen. Daarom presenteren zorgverzekeraars met ingang van vorig jaar 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 beperkt zich tot de basisverzekering en wijkt af van het resultaat conform de jaarrekeningen.

Resultaat en bestemming resultaat basisverzekering ultimo 2015 (x € 1 miljoen)

Concern	Resultaat 2015	Bestemming lagere premie 2016	Bestemming toevoeging reserves	Overige bestemming
ASR	37	35	2	1 ¹
CZ	558	562	- 4	0
De Friesland	102	83	20	0
DSW	86	55	31	0
Eno	- 3	0	- 3	0
Menzis	254	296	- 42	0
ONVZ	66	54	12	0
Stad Holland	25	11	15	0
VGZ	534	421	113	0
Zilveren Kruis	610	391	219	0
Z&Z	61	49	12	0
Totaal	2.331	1.955	375	1

¹ Betreft vennootschapsbelasting.

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

Vraag 601

Hoe hebben de reserves van de verzekeraars zich jaarlijks ontwikkeld? Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2016? Welke reserves waren wettelijk verplicht? Hoe hoog waren die bedragen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 601:

Voor 2009 t/m 2015 zijn op macroniveau – uitgaande van Solvency I – de volgende cijfers in de statistieken van DNB beschikbaar. Cijfers op basis van Solvency II zijn voor deze oudere jaren niet beschikbaar gezien Solvency II pas per 1 januari 2016 van kracht is. Sinds vorig jaar presenteren zorgverzekeraars zelf wel al cijfers op basis van Solvency II basisverzekering op hun website. Zie voor cijfers Solvency II basisverzekering ultimo 2015 vraag 597, 736 en 740.

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

Zie voor een uitsplitsing naar zorgverzekeraars (voor het jaar 2015) het antwoord op vraag 597.

Vraag 602

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 602:

De stand Wettelijke reserve ZFW is door het Zorginstituut op 10 juli 2014 definitief vastgesteld op totaal € 2,0 miljard. De aanwezige solvabiliteit 2015 basisverzekering (Solvency II) komt uit op € 9,9 miljard. Dat betekent dat 20% van de nu aanwezige solvabiliteit stamt uit de tijd dat zorgverzekeraars publieke instellingen waren.

Vraag 603

Welke zorgverzekeraars hebben verzekerden gelokt met cadeaus over 2016? Welke cadeaus betrof dit? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord 603:

Zorgverzekeraars zijn terughoudend in het geven van cadeaus. De monitor «activiteiten zorgverzekeraars» van Zorgvuldig Advies geeft aan dat het overgrote merendeel van de zorgverzekeraars zich aan de (in ZN-verband: programma Kerngezond) gemaakte afspraken heeft gehouden. Er is niet grootschalig en structureel sprake geweest van cadeaus of actiekortingen. Een duidelijke verbetering ten opzichte van vorig jaar. Bovendien zijn de geschenken zowel voor de huidige verzekeren als voor de nieuwe verzekeren beschikbaar. Dit beeld blijkt ook uit de marktscan NZa. Verzekeraars beperken zich tot actiekortingen en kleinere attenties, als kortingen op andere verzekeringen, kortingen op fitnessabonnementen, saunabezoek, dierentuinen, gratis cd's, dvd's, boeken en tijdschriften. Bij tussenpersonen komt wel vaker voor dat er cadeaus worden aangeboden in plaats van een financiële korting. Zo kan de verzekerde bij één collectiviteit de aangeboden korting ook in de vorm van een tablet of een spelcomputer laten uitbetalen.

Vraag 604

Hoe hoog is het bedrag dat zorgverzekeraars uitgeven aan reclame? Hoeveel budget hebben zorgverzekeraars in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015 uitgegeven aan reclamekosten? Kan een uitsplitsing per verzekeraar worden gegeven? Hoe verhouden deze kosten zich tot de marketing- en acquisitiekosten van verzekeraars?

Antwoord 604:

In de publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die door individuele zorgverzekeraars sinds 2014 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
ASR	90	878
CZ	5.751	6.589
De Friesland	2.517	2.649
DSW	559	465
Eno	1.031	686
Menzis	5.132	4.835
ONVZ	886	977
Stad Holland	110	19
VGZ	6.802	6.286
Zilveren Kruis	15.589	10.808
Zorg en Zekerheid	1.269	1.277
Totaal	39.736	35.469

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

Vraag 605

Kunt u aangeven wat sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 de jaarlijkse verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar eigen betalingen is geweest?

Antwoord 605:

In onderstaande tabel staat de opbrengst van de nominale premie, de no claim en het eigen risico voor de jaren 2006 tot en met 2017. Daarnaast staat aangegeven hoe het aandeel van de no claim en het eigen risico zich heeft ontwikkeld. Uit de tabel blijkt dat het aandeel van de eigen betalingen in 2017 op het niveau van 2006 ligt. Van 2007 op 2008 is het

aandeel van de eigen betalingen bij de introductie van het eigen risico gedaald. Daarna is het weer gestegen.

Inkomsten uit nominale premie en eigen risico (x € 1 miljoen) en aandeel eigen risico

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nominale premie	9.721	10.771	13.444	1.3685	14.623	15.754	16.224	16.144	14.685	15.547	16.255	16.942
Eigen risico	1.901	1.959	1.305	1.364	1.481	1.538	1.926	2.666	3.125	3.218	3.195	3.187
Totaal	11.622	12.279	14.749	15.049	15.743	17.292	18.150	18.810	17.810	18.765	19.450	20.129
Aandeel eigen risico	16%	15%	9%	9%	9%	9%	11%	14%	18%	17%	16%	16%

Vraag 606

Wat was de salariering van de bestuurders, uitgesplitst per zorgverzekeraar, over 2016, en hoe verhoudt de salariering zich tot voorgaande jaren? Hoeveel van hen verdienen meer dan de Balkenendenorm?

Antwoord 606:

In de tabel staan voor de topfunctionarissen van zorgverzekeraars de maxima zoals deze vanaf 2016 gelden (op duizendtallen naar boven afgerond). Ook staan hierin de maxima die in 2014 en 2015 golden. In 2013 gold één maximum, namelijk € 300.000. Vóór 2013 gold geen maximum.

Aantal verzekerden op 1 januari 2015 (resp. 2014)	Maximumbezoldiging 2016 in euro's	Maximumbezoldiging 2015 en 2014 in euro's
> 1.000.000	266.000	300.000
300.000 t/m 1.000.000	231.000	260.000
< 300.000	195.000	220.000

Eind 2016 verschijnt de jaarrapportage WNT over het verslagjaar 2015. Bij die jaarrapportage is een bijlage opgenomen waarin een overzicht staat van alle bezoldigingen, die hoger zijn dan de toepasselijke norm. Tevens is een overzicht van de ontslagvergoedingen opgenomen. Dit geldt ook voor bezoldigingen en ontslagvergoedingen van zorgverzekeraars.

Vraag 607

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 607:

Eind 2016 verschijnt de jaarrapportage WNT over het verslagjaar 2015. Bij die jaarrapportage is een bijlage opgenomen waarin een overzicht staat van alle bezoldigingen, die hoger zijn dan de toepasselijke norm. Tevens is een overzicht van de ontslagvergoedingen opgenomen. Dit geldt ook voor bezoldigingen en ontslagvergoedingen van zorgverzekeraars.

Vraag 608

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

Antwoord 608:

Conform de publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2015 zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars bedragen de uitvoeringskosten van zorgverzekeraars over 2015 bijna € 1,3 miljard.

Bedrijfskosten 2015 concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2015
ASR	28.765
CZ	178.033
De Friesland	48.258
DSW	33.256
Eno	23.719
Menzis	143.481
ONVZ	41.702
Stad Holland	7.929
VGZ	326.923
Zilveren Kruis	418.294
Zorg en Zekerheid	30.974
Totaal	1.281.334

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

Vraag 609

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

Antwoord 609:

Van het resultaat behaald op de basisverzekering in 2015 is € 375 miljoen toegevoegd aan de reserves. In 2014 is € 993 miljoen toegevoegd aan de reserves (bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 en 2015). Het resultaat is de afgelopen jaren grotendeels aan verzekerden teruggegeven via een lagere, niet-kostendekkende, vaststelling van de premie.

Vraag 610

Hoeveel mensen stapten de afgelopen 10 jaar meer dan 1 keer over naar een andere zorgverzekeraar?

Antwoord 610:

12,5% van de bevolking stapte meer dan een keer over (Vektis Zorgthermometer, 2016).

Vraag 611

Wat is de ontwikkeling van de no claim sinds de invoering van de zorgverzekeringwet?

Antwoord 611:

De no claimregeling heeft drie jaar bestaan, in 2005 (in de Ziekenfondswet) en in 2006 en 2007 (in de Zorgverzekeringwet).

Met de wet van 15 november 2007 (Staatsblad 2007, nr. 490) is de no-claimteruggave in de Zorgverzekeringwet met ingang van 1 januari 2008 vervangen door het verplicht eigen risico. Zowel in 2006 als in 2007 bedroeg de maximale no-claimteruggave € 255.

Op basis van de opgave van het Zorginstituut Nederland was het saldo van de no claim premie en de no claim teruggave in 2006 € 1.901 miljoen en in 2007 € 1.959 miljoen.

Vraag 612

Wat is de ontwikkeling van de gemiddelde nominale zorgpremie (per jaar) sinds de invoering van de Zorgverzekeringwet in 2006?

Antwoord 612:

In onderstaande tabel staat de gemiddelde door de verzekeraars vastgestelde nominale premie.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gemiddelde nominale premie	773	848	1.049	1.059	1.095	1.199	1.226	1.213	1.098	1.158	1.199

Vraag 613

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen als het gaat om de wijkverpleging van 2017?

Antwoord 613:

Ontwikkeling uitgaven wijkverpleging

	2015	2016	2017	2018
– verpleging en verzorging	3.405	3.480	3.450	3.455
– loon en prijs bijstelling 2016		55	55	55
– extramuralisering	75	175	220	245
– groei	80	160	230	305
– korting	– 420	– 520	– 545	– 545
– impuls Regeerakkoord	40	80	200	200
<i>Ontwerpbegroting 2017</i>	<i>3.180</i>	<i>3.430</i>	<i>3.610</i>	<i>3.715</i>

Vraag 614

Kan de Minister een tabel, voorzien van toelichting, verstrekken met een meerjarenraming van de uitgaven aan dure geneesmiddelen over de jaren 2015–2021, en een meerjarenraming van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg in deze periode?

Antwoord 614:

In de begroting van VWS staat de stand van het kader medisch specialistische zorg opgenomen voor de periode 2015–2021. Zie hiervoor onderstaande tabel:

Tabel. Uitgaven medisch specialistische zorg x € 1 miljoen

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
MSZ	20.353,3	21.306,7	21.335,6	21.258,7	21.215,9	21.168,3	21.132,8

De in de tabel opgenomen reeks is op prijspeil 2016 en volumeniveau 2017, exclusief de diverse beschikbaarheidsbijdragen die instellingen van medisch specialistische zorg ontvangen. De beschikbaarheidsbijdragen worden apart verantwoord in de begroting van VWS.

De uitgaven aan dure geneesmiddelen zijn onderdeel van de genoemde bedragen. Voor de dure geneesmiddelen is immers geen aparte, meerjarige raming of kader beschikbaar. Wel kan op basis van de gegevens van het Zorginstituut worden berekend dat circa 8% van de uitgaven in de MSZ in 2015 toe te wijzen is aan de uitgaven van add-ons dure en weesgeneesmiddelen.

Vraag 615

Hoe verhouden de forse negatieve ramingsbijstellingen bij de Zvw-uitgaven vanaf 2018 uit hoofde van de MLT 2018–2021 zich tot de MLT, waarin het CPB uitgaat van een hogere zorguitgavengroei in de komende kabinetsperiode met een toename van zorg per persoon en introductie van nieuwe behandelmethoden?

Antwoord 615:

In de VWS-begroting 2016 was al een technische groei van de zorguitgaven opgenomen in de jaren na 2017. Deze groei was gebaseerd op de groei uit de vorige MLT van het CPB (opgesteld ten behoeve van de formatie van het huidige kabinet). In de MLT voor de periode 2018–2021 raamt het CPB een lagere groei van de zorguitgaven dan technisch was verwerkt in de begroting 2016. Daarom is een neerwaartse bijstelling verwerkt.

Vraag 616

Wat is het effect van de MLT 2018–2021 op de (groei van de) uitgavenruimte in de medisch-specialistische zorg in het algemeen en de budgettaire ruimte voor nieuwe dure, innovatieve geneesmiddelen in het bijzonder?

Antwoord 616:

De middellangetermijnraming (MLT) van het Centraal Planbureau (CPB) bevat een raming van de uitgaven in de jaren 2018 t/m 2021 voor de Zvw als geheel, niet voor de afzonderlijke uitgavenposten binnen de Zvw. De uitgavenruimte voor de verschillende sectoren, waaronder de medisch-specialistische zorg, wordt in de VWS-begroting van de betreffende jaren vastgesteld als onderdeel van de reguliere begrotingscyclus. De beleidsvoornemens van het volgende kabinet en de feitelijke uitgavenontwikkeling zijn daarbij, naast de MLT-raming, bepalend voor de budgettaire ruimte per sector in de komende jaren.

Vraag 617

Kunt u aangeven welk deel van de extra middelen voor verwarde personen bestemd is voor hulp voor de groep van mensen met dementie onder deze doelgroep?

Antwoord 617:

De extra middelen zijn beschikbaar voor de brede groep van personen met verward gedrag en niet uitgesplitst naar doelgroepen daarbinnen.

Vraag 618

Kan de Minister toelichten wat de oorzaak is van de structurele bijstelling van de opbrengst van het eigen risico?

Antwoord 618:

De raming van de Zvw-uitgaven is structureel neerwaarts bijgesteld. Dit heeft ook gevolgen voor de raming van de opbrengst van het eigen risico. Deze wordt in 2017 met € 98 miljoen en structureel met € 75 miljoen verlaagd.

Vraag 619

Welke vijf aanspraken in de basisverzekering worden het meest gedeclareerd? Zijn hierin verschuivingen te zien in de afgelopen jaren?

Antwoord 619:

Vektis geeft aan dat de volgende aanspraken in 2014 het meest gedeclareerd zijn.

1. Huisartsenzorg
2. Farmaceutische zorg
3. Medisch specialistische zorg
4. Mondzorg jeugd
5. Hulpmiddelenzorg

Vektis ziet in de afgelopen jaren hier geen verschuivingen in.

Vraag 620

Welk deel van de extra middelen voor verwarde personen is bestemd voor hulp voor de groep van mensen met een dubbelproblematiek (psychiatrie en combinatie met verstandelijke beperkingen bijvoorbeeld?

Antwoord 620:

De extra middelen zijn beschikbaar voor de brede groep van personen met verward gedrag en niet uitgesplitst naar doelgroepen daarbinnen.

Vraag 621

Waarom nemen de uitgaven van migratieproblematiek toe van 23 miljoen euro in 2016 naar 95 miljoen euro in 2018?

Antwoord 621:

De hogere uitgaven in 2017 houden voor een deel verband met het feit dat de zorgkosten van asielzoekers (in opvang) aanvankelijk voor rekening van het Ministerie van V&J komen. Alleen statushouders zijn relevant voor de VWS-begroting. De hogere instroom in 2016 werkt daarom vertraagd door in de uitgaven voor 2017. De uitgaven nemen daarnaast toe vanwege nieuwe instroom van statushouders en nareizigers. Verondersteld is dat vanaf 2017 geen sprake meer is van extra hoge instroom.

Vraag 622

Kan een tabel, voorzien van toelichting, worden verstrekt met een meerjarenraming van de uitgaven aan dure geneesmiddelen over de jaren 2015–2021 en een meerjarenraming van de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg in deze zelfde periode?

Antwoord 622:

Zie het antwoord op vraag 614.

Vraag 623

Op welke wijze wordt de regierol in het Medisch Kindzorg Systeem (MKS) gefinancierd, is dat door middel van een (tijdelijke) subsidieregeling of op andere wijze? Kan worden aangegeven welk budget er geraamd is om invulling te geven aan de regierol van de medisch specialist, bij ziekenhuis verplaatste zorg in het kader van het Medisch Kindzorg Systeem voor de periode tot 2020?

Antwoord 623:

Het MKS is een nieuwe systematiek voor het indiceren, organiseren en uitvoeren van verpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis voor kinderen met een lichamelijke aandoening die onder de eindverantwoordelijkheid staan van een medisch specialist. Vanuit VWS verleen ik subsidie (€ 460.891,-) aan een meerjarig programma om het MKS verder te ontwikkelen en implementeren.

De nieuwe systematiek heeft betrekking op het handelen van alle zorgverleners rondom een kind: medisch specialist en/of kinderarts, transferverpleegkundige, kinderverpleegkundige, etc. Alle betrokken hulpverleners hebben een verantwoordelijkheid ten aanzien van het maken van afspraken over de samenwerking. Er is dus niet voorzien in een aparte bekostiging van de regierol want het is normaal onderdeel van de werkzaamheden van de betrokken hulpverleners.

Vraag 624

In hoeverre vindt de regering dat substitutie voldoende van de grond komt; nu uit de cijfers blijkt dat er een onderschrijding in de eerste-lijnszorg is, en een overschrijding in de tweedelijnszorg? Hoe komt het dat

er ondanks de doelstelling van substitutie een onderschrijding op de eerstelijnszorg van 7,4 miljoen euro is?

Antwoord 624:

De genoemde onderschrijding is de optelsom van over- en onderschrijdingen op verschillende eerstelijnssectoren in het kader waarvan in totaal voor meer dan € 5 miljard aan zorg wordt verleend. Op een dergelijk bedrag vind ik een onderschrijding van € 7,4 miljoen te verwaarlozen. Bovendien is het belangrijk om aan te geven dat in de hoofdlijnen-/bestuurlijke akkoorden is afgesproken dat de eerstelijnszorg sowieso al een hoger groeipercentage heeft dan de tweedelijnssectoren. Daarbij is ook relevant dat ik in het afgelopen jaar daar waar substitutie plaatsvond, middelen tussen kaders heb verschoven. Er vindt dus wel degelijk substitutie plaats en ik hoor nog steeds over nieuwe substitutietrajecten die starten. Ik kijk met partijen hoe substitutie verder kan worden gestimuleerd.

Vraag 625

Wat is de oorzaak dat de eerder geraamde overheveling van de GGZ-B vanuit de Wlz naar Zvw te hoog is geweest? Welke categorie patiënten wordt nu in Zvw en niet in Wlz behandeld?

Antwoord 625:

In de voorlopige kaderbrief Wlz 2017 heb ik toegelicht waarom de eerder geraamde overheveling van de GGZ-B vanuit de Wlz naar Zvw te hoog was.

Uit een nadere analyse is dit voorjaar gebleken dat de declaratiegegevens over 2012 en 2013 die oorspronkelijk zijn gebruikt om de omvang van de overheveling te ramen, hiaten kenden in de gegevensaanlevering door zorgaanbieders. De gegevens waren daardoor minder geschikt om op cliëntniveau vast te stellen of er sprake was een totale verblijfsduur langer dan 3 jaar (en dus verblijf in Wlz) of niet (en dus verblijf in Zvw). Zoals ik heb aangegeven in de voorlopige kaderbrief is het probleem met de hiaten in de gegevensaanlevering sinds het jaar 2013 verholpen. Ik heb de overheveling van GGZ-B daarom gecorrigeerd.

Bij de hervorming van de langdurige zorg is de Zvw-periode voor GGZ-B-cliënten die verblijven in een ggz-instelling verlengd van 1 naar 3 jaar alvorens men kan doorstromen naar de Wlz.

Vraag 626

Kunnen de hogere BKZ zorguitgaven voor asielzoekers gespecificeerd worden?

Antwoord 626:

Binnen het BKZ zijn hogere Zvw-uitgaven geraamd als gevolg van de extra instroom van asielzoekers die een verblijfsstatus krijgen. Deze hogere uitgaven zijn voor de helft toegerekend aan de sector medisch-specialistische zorg. Voor de overige middelen zal de nadere toedeling in het voorjaar van 2017 worden uitgewerkt.

Vraag 627

Wat waren de gemiddelde zorgkosten per asielzoeker in 2015 en wat waren de totale zorgkosten voor asielzoekers?

Antwoord 627:

Deze vraag kunt u stellen aan de Minister van Veiligheid & Justitie. Op die begroting staan de zorgkosten voor asielzoekers geraamd.

Vraag 628

Kunnen de zorgkosten voor asielzoekers uitgesplitst worden naar Zvw, Wmo en Wlz?

Antwoord 628:

De zorg aan asielzoekers komt niet ten laste van de Zvw, Wlz of Wmo. De kosten voor gezondheidszorg voor asielzoekers worden geraamd op de VenJ-begroting.

Vraag 629

Is bij de raming van 58.000 asielzoekers ook rekening gehouden met de na-reizigers?

Antwoord 629:

Ja, bij de raming is rekening gehouden met nareizigers.

Vraag 630

Kan er een opsomming gegeven worden van alle zorg die asielzoekers ontvangen en waarvoor Nederlanders niet in aanmerking komen of voor moeten bijbetalen?

Antwoord 630:

Deze vraag kunt u stellen aan de Minister van Veiligheid & Justitie. Op die begroting staan de zorgkosten voor asielzoekers geraamd.

Vraag 631

Klopt het dat het nog steeds drie à vier jaar duurt, voordat de schadelast over een jaar definitief is vastgelegd? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 631:

De definitieve schadelast over een jaar wordt nog steeds in de maand juni van het derde jaar volgend op het schadejaar (juni t+3) vastgesteld. Dat is bijna 2½ jaar na afloop van het jaar waaraan de schade wordt toegerekend. De maatregelen om de informatievoorziening over de zorguitgaven te versnellen, zoals de verkorting van de maximale doorlooptijd van DBC's in de medisch-specialistische zorg die in 2015 is doorgevoerd, leiden er wel toe dat de ramingen van de uitkomst voordat de schadelast definitief is, betrouwbaarder gemaakt kunnen worden.

Vraag 632

De verhoogde instroom van vluchtelingen leidt tot hogere zorguitgaven op het BKZ. Kan een uitsplitsing naar care en cure worden gegeven?

Antwoord 632:

Op korte termijn wordt een extra beslag op de curatieve zorg verwacht (o.a. huisartsenzorg, ggz en msz). In de begroting 2017 is rekening gehouden met extra uitgaven voor curatieve zorg van € 23,6 miljoen in 2016, oplopend tot € 94,9 miljoen vanaf 2018. Daarnaast zijn vanuit het BKZ extra middelen op de begroting beschikbaar voor ondersteuning van gemeenten bij het bevorderen van de gezondheid van nieuwe vergunninghouders (€ 1,5 miljoen in 2016, € 4 miljoen in 2017 en € 1,5 miljoen in 2018). Ook is voor extra activiteiten door IGZ en IJZ met ingang van 2016 jaarlijks € 0,5 miljoen beschikbaar.

Vraag 633

Welk percentage van het aantal verwarde personen betreft mensen die ten gevolge van de bezuinigingen niet meer intramuraal wonen?

Antwoord 633:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het totaal aantal personen met verward gedrag, dan wel over het percentage van deze mensen dat ooit

intramuraal ergens heeft verbleven. Overigens is geen verband bekend tussen de ambulantisering en het optreden van verward gedrag.

Vraag 634

Welk percentage van het aantal verwarde personen betreft mensen die getroffen zijn door de bezuinigingen op beschermd wonen?

Antwoord 634:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het totaal aantal personen met verward gedrag, dan wel over het aantal binnen de totale groep dat behoefte heeft aan een beschermde woning.

Vraag 635

Hoe verhoudt de verhoging voor budget eerstelijns verblijf vanuit de Zvw zich tot de opbrengst van het extramuraliseren van zzp 1–3 in cijfers?

Antwoord 635:

De raming van eerstelijnsverblijf was met veel onzekerheid omgeven, omdat het een nieuwe regeling is sinds 2015. Dat verklaart de verhoging van het budget voor eerstelijnsverblijf. Deze staat los van de ingeboekte besparingen van het extramuraliseren van zzp 1–3.

Vraag 636

Waarom is er sprake van een besparingsverlies werelddekking, gezien het feit dat de zorg in verdragslanden goedkoper is?

Antwoord 636:

Het in de begroting genoemde besparingsverlies gaat niet over de kostenverschillen met het buitenland. Het betreft de eerder voorgenomen maatregel om de vergoedingen van zorgkosten in de landen buiten Europa (werelddekking) te beperken. De hiermee beoogde besparingen zijn eerder ingeboekt.

De besparingsverliezen in de begroting hebben betrekking op de verdragen met Marokko en Turkije. Deze konden niet tijdig worden aangepast om de vergoeding van zorgkosten in deze landen te beperken. Inmiddels heeft de regering besloten om de beperking van de werelddekking bij nota van wijziging uit het wetsvoorstel Zvw-zorg buitenland te halen (Kamerstuk 34 333, nr. 13). Hierdoor treedt een aanvullend besparingverlies op dat in het voorjaar 2017 wordt verwerkt in de begroting van VWS.

Vraag 637

Hoeveel fusies in de zorg zijn er in de afgelopen 5 jaar geweest, hoeveel fusies heeft de ACM afgewezen en hoeveel concurrentiebeperkende afspraken heeft de ACM geconstateerd?

Antwoord 637:

In het kader van het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet zijn in de periode tussen 2012 en 11 oktober 2016 bij de ACM 92 concentraties in de zorg gemeld. Daarvan heeft de ACM 79 concentraties goedgekeurd, waarvan 1 onder nadere voorwaarden. De ACM heeft in die periode 1 voorgenomen concentratie verboden. In 7 gevallen waarin een concentratievoornemen was gemeld, is de melding door de partijen ingetrokken. De overige 5 meldingen zijn op 11 oktober 2016 nog bij de ACM in behandeling.

De ACM heeft in de periode tussen 2012 en 11 oktober 2016 geen besluiten genomen waarin is geoordeeld dat samenwerking in de zorg een overtreding vormt van het kartelverbod in de Mededingingswet. De ACM heeft in die periode wel (informele) zienswijzen gepubliceerd over

voorgenomen samenwerkingsvormen en informatie verstrekt over de ruimte voor samenwerking binnen de Mededingingswet, zoals met de «Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn» en de «Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen voor de medisch-specialistische zorg».

Vraag 638

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

Antwoord 638:

Zie het antwoord op vraag 87.

Vraag 639

Kan de regering aangeven in hoeverre wordt de in Tabel 5 zichtbare stijging van de Wlz-uitgaven veroorzaakt door een groeiend beroep op de Wlz als gevolg van upcoding en afwenteling vanuit de Wmo en/of de Zvw?

Antwoord 639:

De Wlz-uitgaven in de ontwerpbegroting 2017 stijgen van € 19,8 miljard in 2016 naar € 24,7 miljard in 2021. Deze stijging is gebaseerd op verwachte uitgaven in het kader van huidig beleid, beschikbare groei ruimte en nominale ontwikkelingen. Upcoding en afwenteling vanuit de Wmo en/of Zvw spelen hierbij geen rol. Er is wel rekening gehouden met de bestuurlijke afspraken tussen het Rijk en de VNG gemaakt over «herverdeeleffecten HLZ». Onderdeel van deze «herverdeeleffecten HLZ» vormen ook correcties in verband met de door de NZa genoemde herinstroom van cliënten vanuit gemeenten naar de Wlz. In het bestuurlijk overleg met VNG van 24 augustus is overeengekomen om de kaders hiervoor te corrigeren.

Vraag 640

Wat wordt er precies bedoeld met het besparingsverlies bij de overheveling van huishoudelijke hulp Modulair Pakket Thuis vanuit de Wmo naar de Wlz, waarom valt het besparingsverlies mee? Hoe ziet de tijdreeks voor het resterende besparingsverlies eruit?

Antwoord 640:

De middelen voor huishoudelijke hulp zijn oorspronkelijk met een korting overgegaan naar gemeenten. Deze korting is niet van toepassing op de huishoudelijke hulp Modulair Pakket Thuis in de Wlz. Daardoor vallen de kosten in de Wlz hoger uit dan bij gemeenten. Op basis van recente gegevens van het CBS over het gebruik van huishoudelijke hulp is het besparingsverlies geraamd op structureel € 10 miljoen vanaf 2017. Dit valt mee, omdat oorspronkelijk op basis van oude gegevens rekening was gehouden met een besparingsverlies van € 27 miljoen.

Vraag 641

Betekent het afboeken van het meevallende besparingsverlies van 17 miljoen euro niet gewoon dat er 30 miljoen euro van de Wmo af gaat in verband met de overheveling van de HH MPT naar de Wlz, terwijl de Wlz er per saldo maar 13 miljoen euro bij krijgt voor de overheveling?

Antwoord 641:

Nee. In de ontwerpbegroting 2016 is oorspronkelijk een bedrag van € 27 miljoen toegevoegd aan het Wlz-artikel in verband met het verwachte besparingsverlies bij overheveling van de HH MPT naar de Wlz (Begroting 2016, tabel 8, blz 153). Het afboeken van het besparingsverlies met € 17

miljoen betekent dat hiervan nog € 10 miljoen structureel beschikbaar is in de Wlz. Samen met het bedrag van € 30 miljoen dat vanaf 2017 is overgeheveld vanuit de Wmo is hierdoor in de Wlz € 40 miljoen structureel beschikbaar voor de HH MPT.

Vraag 642

Betekent de overheveling van de HH MPT van de Wmo naar de Wlz dat cliënten een andere vorm van zorg en minder uren zorg krijgen?

Antwoord 642:

Nee. De overheveling van de HH MPT van de Wmo naar de Wlz betekent dat het schoonhouden van de woonruimte met ingang van 2017 vanuit de Wlz wordt geleverd in plaats van uit de Wmo. Doordat alle zorg en ondersteuning vanuit één domein wordt geleverd, ontstaat voor de cliënt meer ruimte om keuzes te maken over de persoonlijke invulling. De ene cliënt zal graag wat meer ondersteuning willen bij het schoonhouden van het huis, terwijl een ander meer behoefte heeft aan persoonlijke verzorging of begeleiding. De overheveling betekent dus niet dat cliënten minder zorg krijgen.

Vraag 643

Hoe verhouden de met de VNG overeengekomen «herverdeeeffecten HLZ» in de jaren 2017–2020 zich tot de eveneens aangekondigde verhoging van de Wlz-contracteerruimte 2016 met 166 miljoen euro in verband met een grotere zorgvraag? Kan dit worden toegelicht aan de hand van een tabel met de betreffende en eventueel gerelateerde posten over de jaren 2016–2021?

Antwoord 643:

De Wlz-contracteerruimte heb ik op grond van het aanvullend advies van de NZa voor 2016 verhoogd met een bedrag van € 166 miljoen. Daarmee heb ik ervoor gezorgd dat de contracteerruimte voldoende ruimte biedt om te voldoen aan de stijgende zorgvraag. Een belangrijke oorzaak voor de benodigde ophoging van het kader was volgens de NZa een herinstroom van cliënten vanuit gemeenten en verzekeraars naar de Wlz. In dat kader zijn er ook bestuurlijke afspraken tussen het Rijk en de VNG gemaakt over «herverdeeeffecten HLZ».

Onderdeel van deze «herverdeeeffecten HLZ» vormen ook correcties in verband met de door de NZa genoemde herinstroom van cliënten vanuit gemeenten naar de Wlz. In het bestuurlijk overleg met VNG van 24 augustus is overeengekomen om de kaders hiervoor te corrigeren.

Onderstaande tabel laat de effecten zien van de herverdeeeffecten HLZ zoals opgenomen in de begrotingen van VWS en gemeentefonds. Tevens is de verhoging van het Wlz-kader voor het jaar 2016 opgenomen. Binnenkort zal ik uw Kamer informeren over de definitieve kaderbrief Wlz 2017.

Tabel: Herverdeeeffecten HLZ 2017–2021 en verhoging Wlz-kader 2016

Bedragen x € 1 miljoen	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Herverdeeeffecten HLZ 2017–2021	–	0	0	0	0	0
– waarvan verwerkt in begroting VWS	–	226,1	185,6	184,4	177,2	176
– waarvan verwerkt in begroting gemeentefonds	–	– 226,1	– 185,6	– 184,4	– 177,2	– 176
Verhoging Wlz-kader 2016	166					

Vraag 644

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

Antwoord 644:

Wlz

In 2015 bedroegen de pgb-uitgaven € 1.484 miljoen. Het pgb-kader is voor 2016 vastgesteld op € 1.809 miljoen en voor 2017 is het voorlopige kader vastgesteld op € 1.920 miljoen (stand voorlopige kaderbrief Wlz 2017 van juni 2016). Over het definitieve pgb-kader 2017 wordt uw Kamer binnenkort geïnformeerd via de definitieve kader- en voorhangbrief langdurige zorg.

Zvw

De uitgaven bedroegen in 2015 € 297,6 miljoen. Dit is 9,8 procent van de totale uitgaven aan wijkverpleging (bron: monitor Zvw pgb 2015). In de Zvw wordt binnen het budgettaire kader voor de wijkverpleegkundige zorg vooraf geen afzonderlijk kader voor het pgb vastgesteld. Na afloop van 2016 en 2017 zal derhalve pas bekend zijn wat is uitgegeven aan het pgb in deze jaren.

Jeugdwet en Wmo

SVB-gegevens laten zien dat 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. De meest recente SVB-gegevens laten zien dat er ultimo september 2016 respectievelijk € 275 miljoen en € 580 miljoen door gemeenten is toegekend (met nog een paar maanden te gaan). Voorst geldt ook voor de Wmo en de Jeugdwet dat vooraf geen afzonderlijk budgettair kader wordt vastgesteld voor het pgb.

Vraag 645

Hoeveel persoonsgebonden budgetten worden jaarlijks afgegeven per zorgdoelgroep en sector?

Antwoord 645:

Wlz

Ultimo augustus 2016 waren er, volgens gegevens van de NZa, ongeveer 37.000 verzekerden met een pgb. Daarvan zijn er circa 6.500 geïndiceerd in functies en klassen (de Wlz-indiceerbaren) en hebben ruim 30.000 mensen een pgb op basis van een zorgprofiel. De verdeling van de verzekerden met een zorgprofiel is als volgt:

- Verpleging en verzorging: 26%
- Verstandelijke beperking: 62%
- Lichamelijke beperking: 11%
- Zintuiglijke beperking: 1%

Jeugdwet en Wmo

SVB-gegevens laten zien dat er ultimo september 2016 ongeveer 19.000 budgethouders met een pgb-Jeugdwet zijn en ongeveer 66.000 budgethouders met een pgb-Wmo.

Zvw

De gegevens van 2016 worden bekend met de Zvw-rgb-monitor 2016 die medio 2017 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.

Voor Jeugdwet, Wmo en Zvw valt geen onderscheid te maken naar doelgroepen/sectoren omdat zorgfuncties zijn geïndiceerd. Doordat combinaties van een gemeentelijk pgb en Zvw pgb mogelijk zijn, is het totaal aantal budgethouders lager dan de optelsom van bovenstaande aantallen.

Vraag 646

Hoeveel indicaties «Begeleiding» hebben een pgb-financiering?

Antwoord 646:

De SVB geeft aan dat in 2015 circa 69.600 mensen voor hen herkenbaar begeleiding geïndiceerd hebben gekregen. Onder deze 69.600 zijn mensen die begeleiding vanuit de Wmo en Jeugdwet of als Wlz-indiceerbare geïndiceerd hebben gekregen. Naast deze groepen die expliciet begeleiding geïndiceerd hebben gekregen, maakt begeleiding ook onderdeel uit van de zorgprofielen in de Wlz: alle ruim 30.000 budgethouders met een zorgprofiel kunnen begeleiding inkopen. In de indicatie is dat alleen niet expliciet zichtbaar.

Vraag 647

Hoeveel indicaties «Persoonlijke verzorging» hebben een pgb-financiering?

Antwoord 647:

De SVB geeft aan dat in 2015 circa 7.900 mensen voor hen herkenbaar persoonlijke verzorging geïndiceerd hebben gekregen. Deze 7.900 betreffen vooral mensen die verzorging vanuit de Jeugdwet geïndiceerd hebben gekregen en een beperkt aantal die dat vanuit de Zvw geïndiceerd hebben gekregen en gebruik maken van de diensten van de SVB. Van Zvw-budgethouders die hun declaraties rechtstreeks indienen bij de eigen zorgverzekeraar geldt dat eind 2015 2.617 van hen formele verzorging en 8.233 informele verzorging inkochten. Het kan hierbij deels om dezelfde budgethouders gaan. Tenslotte maakt persoonlijke verzorging onderdeel uit van alle zorgprofielen in de Wlz: ruim 30.000 budgethouders met een zorgprofiel kunnen verzorging inkopen. In de indicatie is dat alleen niet expliciet zichtbaar.

Vraag 648

Hoeveel mensen zetten per jaar hun zorg in natura om in een pgb?

Antwoord 648:

Volgens gegevens van het CBS hebben 6.920 personen gedurende 2015 voor het eerst een Wlz-rgb, waarvan bekend is dat zij eind 2014 al een CIZ-indicatie hadden voor zorg zonder- of zorg met verblijf. In de eerste twee kwartalen van 2016 zijn daar nog 4.750 personen bijgekomen die voor het eerst een Wlz-rgb hebben, waarvan bekend is dat zij eind 2014 al een CIZ-indicatie hadden voor zorg zonder- of zorg met verblijf. Het is niet bekend of deze personen eind 2014 ook daadwerkelijk gebruik maakten van hun indicatie.

Vanuit de gemeenten en verzekeraars zijn deze cijfers mij niet bekend.

Vraag 649

Wat is het hoogste en laagste pgb-bedrag voor iemand?

Antwoord 649:

Het laagste pgb dat is uitgekeerd door de SVB is een Wmo-rgb. Het hoogste pgb is een Wlz-rgb of een Zvw-rgb, maar de cijfers voor de Zvw zijn niet centraal bekend.

Voor de Wlz geldt het volgende:

Het laagst mogelijke pgb in de Wlz is in theorie het pgb voor de laagste klasse van de functie verpleging: € 1.286 per jaar (tarief 2016). Vaak betekent dit dat de rest van de indicatie (deels) in natura is verzilverd. Wordt de gehele indicatie via het pgb verzilverd dan kan dat variëren tussen € 14.719 en € 103.990. Daarboven op kan extra kosten thuis (maximaal 25% extra) of meerzorg worden toegekend. Het hoogst toegekende pgb-Wlz bedraagt in 2016 ongeveer € 300.000. Het betreft een Wlz-indiceerbare, met een indicatiebesluit in functies en klassen, waarbij door het CIZ verpleging en persoonlijke verzorging is geïndiceerd boven

de hoogste klasse. Daarnaast kent de pgb-regeling binnen de Wlz ook de mogelijkheid van een persoonlijk assistentiebudget van € 219.000 per jaar.

Vraag 650

Hoeveel klachten heeft het SVB de afgelopen 2 jaar binnengekregen?

Antwoord 650:

Vanaf januari 2015 tot en met september 2016 zijn er totaal 16.027 klachten binnengekomen bij de SVB rondom pgb/trekkingsrecht. In 2015 zijn 10.218 klachten binnengekomen. In 2016 zijn dit er tot en met september 5.809.

Van de totaal 16.027 klachten zijn er tot op heden 15.940 afgehandeld.

Vraag 651

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen uit de begroting 2017 met betrekking tot het pgb?

Antwoord 651:

Op blz. 233 van de VWS Ontwerpbegroting 2017 staat een toelichting op de mutaties van het pgb-Wlz. Per saldo is de uitgavenraming voor het jaar 2017 verhoogd van € 1.367,3 miljoen naar € 1.745,4 miljoen.

Er zijn geen specifieke mutaties op het terrein van pgb bij gemeenten (Wmo en Jeugdwet) en Zvw. Bij gemeenten wordt voor alle zorg één totaal bedrag aan het gemeentefonds toegekend. Gemeenten bepalen vervolgens zelf of zij zorg in natura inzetten of een pgb. Vergelijkbaar geldt dat er voor de gehele wijkverpleging (zorg in natura, restitutie en het pgb-Wlz) één budget aan de verzekeraars is toegekend. Het is aan zorgverzekeraars om het budget daarbinnen te verdelen over de verschillende leveringsvormen. Ten opzichte van 2016 is het budget voor wijkverpleging 2017 met € 50 miljoen verhoogd, zie blz. 213.

Vraag 652

Hoeveel procent van de maandelijks ingediende pgb-declaraties wordt goedgekeurd en hoeveel procent wordt hiervan afgekeurd?

Antwoord 652:

Op basis van de in 2015 gedane betalingen en binnengekomen declaraties wordt er naar schatting van de SVB gemiddeld ongeveer 11% afgekeurd. In 2016 betreft dat tot en met augustus 14%.

Vraag 653

Hoeveel pgb's zijn in 2016 afgegeven, uitgesplitst per maand, indicatie en de vier zorgdomeinen (Wlz, Wmo 2015, Jeugdwet en Zvw)? Hoeveel waren dat er in 2015?

Antwoord 653:

Wlz

Ultimo augustus 2015 waren er, volgens gegevens van de NZa, ongeveer 30.000 verzekerden met een pgb-Wlz. Ultimo augustus 2016 waren dat er 37.000. Daarvan hadden er respectievelijk in 2015 en 2016 23.000 en 30.650 een pgb-Wlz op basis van een zorgprofiel. De rest een indicatie in functies en klassen (de Wlz-indiceerbaren).

De verdeling over de sectoren is ongeveer:

Verpleging en verzorging: 26%

Verstandelijke beperking: 62%

Lichamelijke beperking: 11%

Zintuiglijke beperking: 1%

Per maand komt het neer op het onderstaande aantal budgethouders.

2015		2016	
Januari	27.742	Januari	31.386
Februari	28.423	Februari	32.352
Maart	28.864	Maart	33.008
April	28.981	April	33.926
Mei	29.245	Mei	34.824
Juni	29.549	Juni	35.813
Juli	29.701	Juli	36.613
Augustus	30.039	Augustus	37.094
September	30.688		
Oktober	31.197		
November	31.894		
December	32.580		

Wmo en Jeugdwet

Volgens gegevens van de SVB waren er in juni 2015 96.000 budgethouders met een pgb-Wmo (49.500 Wmo-BG en 46.500 Wmo-HH) en 29.000 met een pgb-Jeugdwet en eind 2015 83.000 budgethouders met een pgb-Wmo (Wmo-BG 43.000 en 40.000 Wmo-HH) en 25.935 met een pgb-Jeugdwet. Eind september 2016 waren er volgens de gegevens van de SVB ongeveer 66.000 budgethouders met een Wmo-rgb (33.000 Wmo-BG en 33.000 Wmo-HH) en 19.000 budgethouders met een pgb-Jeugdwet.

Zvw

De gegevens van 2016 worden bekend met de Zvw-rgb-monitor 2016 die medio 2017 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. De maandelijkse aantallen zijn weergegeven in grafiek 4.9 van de monitor Zvw-rgb 2015 (Kamerstuk 25 657, nr. 248).

Doordat combinaties van een gemeentelijk en Zvw pgb sinds 2015 mogelijk zijn, is het totaal aantal budgethouders lager dan de optelsom van bovenstaande aantallen.

Vraag 654

Hoeveel gemeenten doen uitbetaling van pgb's zelf? Welke gemeenten zijn dit?

Antwoord 654:

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 655

Hoeveel pgb-aanvragen zijn in 2015 en 2016 geweigerd?

Antwoord 655:

Op landelijk niveau zijn geen cijfers beschikbaar over het weigeren van PGB's in het kader van de Wmo en de Jeugdwet. Ook voor de Wlz zijn deze cijfers niet beschikbaar.

In 2015 werden 19.490 Zvw-rgb's voor verpleging en verzorging aangevraagd en 6.778 afgewezen. Deze aanvragen en weigeringen hadden zowel betrekking op geherindiceerde verzekerden met overgangrecht vanuit 2014, als op nieuwe aanmeldingen. Het aantal aanvragen en

weigeringen in 2016 wordt opgenomen in de monitor 2016, die de Kamer naar verwachting in juni 2017 wordt toegezonden.

Vraag 656

Welk bedrag is er reeds uitgekeerd aan pgb-houders in het kader van de compensatieregeling?

Antwoord 656:

Er hebben nog geen uitbetaling plaatsgevonden in het kader van de compensatieregeling voor pgb-houders. Momenteel wordt, zoals vermeld in de kamerbrief van 10 juni jl. (Kamerstuk 25 657, nr. 247), via Europese aanbesteding een uitvoerder voor de compensatieregeling gezocht. Eind oktober zal de Tweede Kamer opnieuw geïnformeerd worden over de stand van zaken rondom deze aanbesteding en het vervolg.

Vraag 657

Hoeveel mensen hebben een compensatie ontvangen?

Antwoord 657:

Zie het antwoord op vraag 656.

Vraag 658

Hoeveel onrechtmatige pgb-declaraties zijn er sinds de invoering van het trekkingsrecht goedgekeurd?

Antwoord 658:

Zoals besproken met de Tweede Kamer wordt thans nog coulance-beleid toegepast. Dit wordt op een zo verantwoordelijk mogelijke wijze afgebouwd.

Vraag 659

Welk bedrag aan pgb-fraude is er sinds de invoering van het trekkingsrecht opgespoord?

Antwoord 659:

Zorgverzekeraars hebben in 2015 voor in totaal € 11,1 miljoen aan fraude vastgesteld, waarvan € 8,2 miljoen betrekking heeft op het pgb. Daarnaast heeft de Inspectie SZW in 2015 in totaal voor circa € 8 miljoen aan zorgfraude vastgesteld, waarvan circa € 7 miljoen betrekking heeft op het pgb. Hierbij gaat hierbij om de zaken die zijn afgerond in 2015. De onderzoeken naar pgb-fraude zien alle toe op de AWBZ situatie van vóór 1 januari 2015. Voor wat betreft het jaar 2016 verwijs ik naar het antwoord op vraag 450.

Vraag 660

Wat wordt er precies bedoeld met het besparingsverlies bij de overheveling van huishoudelijke hulp Modulair Pakket Thuis vanuit Wmo naar Wlz, waarom valt het besparingsverlies mee en hoe ziet de tijdreeks voor het resterende besparingsverlies eruit?

Antwoord 660:

Zie het antwoord op vraag 640.

Vraag 661

In hoeverre wordt de in Tabel 5 zichtbare stijging van de Wlz-uitgaven veroorzaakt door een groeiend beroep op de Wlz als gevolg van upcoding en afwenteling vanuit de Wmo en/of de Zvw?

Antwoord 661:

Zie het antwoord op vraag 639.

Vraag 662

Betekent het afboeken van het meevallende besparingsverlies van 17 miljoen euro niet gewoon dat er 30 miljoen euro van de Wmo af gaat in verband met de overheveling van de HH MPT naar de Wlz, terwijl de Wlz er per saldo maar 13 miljoen euro bij krijgt voor de overheveling?

Antwoord 662:

Zie het antwoord op vraag 641.

Vraag 663

Hoe verhouden de met de VNG overeengekomen «herverdeeffecten HLZ» in de jaren 2017–2020 zich tot de eveneens aangekondigde verhoging van de Wlz-contracteerruimte 2016 met 166 miljoen euro in verband met een grotere zorgvraag? Kan dit worden toegelicht aan de hand van een tabel met de betreffende en eventueel gerelateerde posten over de jaren 2016–2021?

Antwoord 663:

Zie het antwoord op vraag 643.

Vraag 664

In de nota n.a.v. het verslag van de Wlz is er op verzoek onderstaande tabel ingevuld met daarin opgenomen de regel «totaal uitgaven AWBZ» zoals deze, conform de uniforme definities, zou zijn geweest bij ongewijzigd beleid. Kunt u hiervan een actualisatie geven?

bedragen x € 1 miljard	2015	2016	2017	2018
AWBZ	29,0	29,3	29,7	30,0
<i>waarvan:</i>				
Wlz	17,9	17,4	17,0	17,0
Wmo	4,2	4,3	4,4	4,6
Zvw	3,5	3,8	3,9	4,0
Jeugd	1,1	1,2	1,2	1,2
Verwerkte taakstelling	2,3	2,6	3,2	3,2
Taakstelling in %	8%	9%	11%	11%

Antwoord 664:

Onderstaande tabel bevat de gevraagde actualisatie. Het betreft hierbij een fictieve reconstructie, aangezien de AWBZ bij de hervorming van de langdurige zorg (HLZ) is opgeheven. Per uitgavenpost in de tabel is de vindplaats in de begroting 2017 weergegeven.

De Wmo-uitgaven zijn daarom conform de begrotingsindeling gespecificeerd naar Wmo 2015 en naar Wmo HH (huishoudelijke verzorging). Voor de vergelijkbaarheid met de AWBZ-uitgaven bij ongewijzigd beleid heb ik de post Jeugdwet gecorrigeerd voor de middelen die bij de HLZ vanuit het Zvw-kader aan de jeugdwet zijn toegevoegd (correctie van 1,0 miljard).

De Zvw-posten zijn conform de begrotingsindeling gespecificeerd naar wijkverpleging, langdurige ggz, eerstelijnsverblijf (tot en met 2016 onderdeel Wlz) en zintuiglijk gehandicapten. Voor de langdurige ggz is alleen het AWBZ-deel opgenomen, hetgeen correspondeert met de oorspronkelijke overheveling bij begroting 2015 die opliep tot € 0,3 miljard in 2018, gecorrigeerd voor de correctie op deze overheveling van –€ 0,1 miljard in de begroting 2017 (blz 229).

Het saldo van taakstellingen en verzachtingen HLZ is bij de begroting 2017 lager dan bij de nota naar aanleiding van het verslag Wlz. Sindsdien is er sprake geweest van een aantal verzachtingen waarover de Tweede Kamer

is geïnformeerd. Het betreft onder meer de extra middelen voor Waardigheid en trots en het terugdraaien van de taakstelling Wlz.

Over de actuele stand van maatregelen en verzachtingen HLZ is uw Kamer geïnformeerd via de beantwoording van de schriftelijke vragen over de bijlagen bij de miljoenennota (MN) 2017, antwoord 18. (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/09/30/aanbiedingsbrief-antwoorden-op-kamervragen-inzake-miljoenennota-2017-en-de-macro-economische-verkenningen-2017>).

Tabel: Reconstructie AWBZ-uitgaven bij ongewijzigd beleid versus taakstellingen HLZ na verzachting

bedragen x € 1 miljard	2015	2016	2017	2018	Vindplaats
Fictieve AWBZ-uitgaven¹	29,2	29,4	30,5	31,9	Nvt
waarvan:					
Wlz netto-uitgaven	18,1	18,0	18,2	19,2	Tabel 17 begroting
Wmo2015	3,5	3,5	3,4	3,4	Tabel 8 begroting
Wmo HH	1,3	1,2	1,2	1,2	idem
Jeugdwet (AWBZ-deel)	1,0	0,9	0,8	0,9	idem, excl voor Zvw-deel
Zvw wijkverpleging	3,2	3,4	3,6	3,7	Tabel 16 begroting 2017
Zvw langdurige ggz (AWBZ-deel)	0,0	0,2	0,2	0,2	Blz 229 begroting 2017, reconstructie AWBZ-deel
Zvw eerstelijnsverblijf	–	–	0,2	0,2	Blz 204 begroting 2017
Zvw zintuiglijk gehandicapten	0,1	0,2	0,2	0,2	Blz 200 begroting 2017
Taakstellingen en verzachtingen HLZ	1,9	2,1	2,6	2,8	Antwoord 18 MN 2017
Taakstellingen en verzachtingen in %	7%	7%	8%	9%	Nvt

¹ Met de HLZ is de AWBZ opgeheven. Het betreft hier dus een fictieve reconstructie van de AWBZ-uitgaven.

Vraag 665

Hoe verhoudt de opwaartse bijstelling van het eerstelijnsverblijf (circa 15 miljoen euro) zich tot de opbrengst van het extramuraliseren van zzp 1–3 in cijfers?

Antwoord 665:

Zie het antwoord op vraag 635.

Vraag 666

In totaal is een bedrag van 185 miljoen euro in 2016 oplopend tot 210 miljoen euro structureel vanaf 2020 beschikbaar gesteld voor Waardigheid en Trots. Wat wordt er nu daadwerkelijk en direct met dit geld gedaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren? Kunnen concrete maatregelen worden genoemd?

Antwoord 666:

Zie het antwoord op vraag 575.

Vraag 667

Hoe is de ruilvoetproblematiek van 170 miljoen euro opgebouwd?

Antwoord 667:

De genoemde ruilvoetproblematiek van € 170 miljoen in 2017 betreft de bijstelling van het BKZ op basis van de prijs Nationale Bestedingen in het CEP van het CPB (–€ 572 miljoen) in combinatie met de bijstelling van de nominale ontwikkeling van de uitgaven op basis van de voor de zorg relevante loon- en prijsindices, eveneens op basis van het CEP en de grondslagverlegging (–€ 83 miljoen).

In totaal bedroeg de ruilvoetproblematiek op basis van het CEP daarmee € 489 miljoen. Daarvan is, op basis van de verhouding van de totale uitgaven cure/care, € 170 miljoen toegerekend aan de care.

Vraag 668

Waaruit bestaat de bijstelling van de opbrengst van de eigen bijdragen, en wat is hiervan de oorzaak?

Antwoord 668:

In de VWS-begroting 2017 zijn twee bijstellingen van de opbrengst van de eigen bijdragen Wlz opgenomen. De eerste bijstelling is het gevolg van het verwerken van de realisatie 2015 en de doorwerking daarvan in latere jaren. Het lagere aantal cliënten in de intramurale ouderenzorg dan eerder geraamd, leidt tot minder opbrengsten van de eigen bijdrage in de Wlz. De tweede bijstelling is het gevolg van het technisch verwerken van de middellange termijnverkenning 2018–2021 van het CPB in de raming.

Vraag 669

Kan de Minister toelichten wat de oorzaak is van het kleinere besparing-verlies dan waar eerder vanuit werd gegaan?

Antwoord 669:

Zie het antwoord op vraag 640.

Vraag 670

Welke 100 miljoen euro aan meevallers binnen de Wlz zijn er? Kunnen de 100 miljoen euro aan meevallers binnen de Wlz die mede worden ingezet voor het schrappen van de 500 miljoen euro doelstelling worden benoemd en gekwantificeerd? Welke meevallers zijn het precies? Is deze 100 miljoen euro niet vestzak-broekzak?

Antwoord 670:

De € 100 miljoen aan meevallers hebben in hoofdzaak betrekking op de lage rentestand voor de financiering van gebouwen. Vanaf 2018 zullen de tarieven voor de normatieve huisvestingscomponent (NHC) en de normatieve inventariscomponent (NIC) worden herijkt. Daarbij zal rekening worden gehouden met de lage rentestand. In de huidige vergoeding voor huisvestingskosten is uitgegaan van een rente van 5,0%. Dit rentepercentage is gebaseerd op een langjarig gemiddelde uit de renteontwikkelingen AWBZ 1987–2010 (CBS). Dit langjarige gemiddelde is inmiddels gedaald naar circa 4%. Dit betekent dat ook de huisvestingstarieven hierop (neerwaarts) kunnen worden aangepast. Hierdoor treedt een meevaller op in de Wlz. Het kabinet heeft besloten deze niet terug te laten vloeien naar de schatkist maar deze beschikbaar te stellen als gedeeltelijke dekking voor het schrappen van de taakstelling van € 500 miljoen in de langdurige zorg. Het is daarmee geen vestzak-broekzak. Voor het jaar 2017 komt de dekking vanuit verwachte onderuitputting op het Wlz-artikel.

Vraag 671

Het schrappen van de bezuiniging van 500 miljoen euro wordt voor 400 miljoen euro gedekt vanuit de middelen uit het pakket voor maatschappelijke prioriteiten. Hoe kan het dat in de MEV 2017 staat: «In de Wlz wordt 0,4 mld euro omgebogen door diverse generieke kortingen op de Zorg in Natura»? Kan een toelichting worden gegeven?

Antwoord 671:

Het CPB geeft in de MEV2017 een horizontale toelichting op de ontwikkeling van de zorguitgaven in 2017 ten opzichte van 2016. De begroting 2017 van VWS bevat een verticale toelichting op de ontwikkeling van de zorguitgaven tussen de ontwerp-begroting 2016 en de ontwerp-begroting 2017. In de verticale toelichting op de VWS-begroting is de taakstelling van € 500 miljoen vanaf 2017 (zichtbaar) geschrapt. Voor de horizontale toelichting in de MEV2017 geldt dat het schrappen van de taakstelling betekent dat de zorguitgaven in 2017 ten opzichte van 2016 niet muteren.

De ombuiging op zorg in natura van € 0,4 miljard die het CPB toelicht in de MEV heeft dus op andere mutaties betrekking.

- Begroting 2014: Een ophoop van € 0,15 miljard als gevolg van een oude korting op zorg in natura. Met deze korting is bij het zorgakkoord 2013 de ombuiging op de huishoudelijke hulp alsmede de taakstelling extramuralisering verzacht.
- Begroting 2016: Een verschuiving van groeimiddelen van zorg in natura naar het pgb-kader (€ 60 miljoen). Het gaat hier dus niet om een korting op de zorguitgaven, maar om een verschuiving.
- Begroting 2017: Een ramingsbijstelling van € 0,2 miljard in verband met een aanpassing van de groeiruimte voor het jaar 2017 tot het niveau van de demografische groei. Hiermee is het aandeel van de Wlz in de ruilvoetproblematiek van het BKZ in het voorjaar van 2016 afgedekt.

Voorts wordt in de begroting van VWS (tabel 2, pagina 151) aangegeven dat het kabinet het uitgavenkader voor de zorg met € 462 miljoen heeft verhoogd ten behoeve van het schrappen van de Wlz-taakstelling. Er heeft voor het schrappen van de taakstelling ad € 500 miljoen nadrukkelijk geen dekking via andere ombuigingen plaatsgevonden.

Vraag 672

Wat houdt de post «middelen uit het pakket maatschappelijke prioriteiten» precies in?

Antwoord 672:

Het kabinet heeft besloten om structureel € 1,55 miljard vrij te maken voor maatschappelijke prioriteiten. Dit betreffen middelen voor veiligheid, defensie, zorg, onderwijs en armoedebestrijding. Daarnaast is er € 1,1 miljard voor een evenwichtig koopkrachtbeeld. Vanuit deze middelen is voor € 400 miljoen het terugdraaien van de voorgenomen bezuiniging op de verpleeghuiszorg gefinancierd. Voor de verdere details van het pakket voor maatschappelijke prioriteiten verwijs ik naar paragraaf 3.2 uit de miljoenennota waar in tabel 3.2.1 een nadere uitsplitsing wordt gegeven van het pakket.

Vraag 673

Kan de Minister een overzicht geven van de netto mutaties op de Wlz?

Antwoord 673:

Een overzicht van de netto mutaties op de Wlz is opgenomen in tabel 5 op bladzijden 163 en 164 van de VWS Ontwerpbegroting 2017.

Vraag 674

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

Antwoord 674:

Zie het antwoord op vraag 87.

Vraag 675

Hoeveel bezwaren zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten als het gaat om de Wmo?

Antwoord 675:

Er wordt op landelijk niveau geen overzicht bijgehouden van het aantal bij gemeenten ingediende bezwaren gemeenten tegen op basis van de Wmo 2015 genomen besluiten op aanvragen.

Vraag 676

Hoeveel rechtszaken zijn gehouden tegen besluiten van de gemeenten als het gaat om de Wmo? Hoeveel was dit in 2015 en 2016?

Antwoord 676:

Er wordt er door mij geen overzicht bijgehouden hoeveel rechtszaken zijn aangespannen tegen besluiten genomen door gemeenten op basis van de Wmo. De Raad voor de Rechtspraak beschikt wel over dit soort gegevens. Navraag bij de Raad wijst uit dat er in 2015 2.175 zaken zijn aangebracht op het terrein van de Wmo en Wmo 2015. Voor 2016 betreft dit – tot en met september – 1.517 zaken. Bij het registreren wordt geen onderscheid gemaakt tussen de Wmo en de Wmo 2015.

Vraag 677

Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar afgezien van zorg vanuit de Wmo, omdat ze dit niet meer kunnen betalen?

Antwoord 677:

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. Daar mag uit hoofde van de wet ook geen sprake van zijn.

Vraag 678

Kunt u een overzicht sturen hoeveel gemeenten externe adviesbureaus hebben ingeschakeld met betrekking tot de decentralisatie en welke kosten zijn hiermee gemoeid?

Antwoord 678:

Ik beschik niet over een registratie van door gemeenten ingeschakelde externe adviesbureaus met betrekking tot de decentralisaties en de daarmee gemoeide kosten.

Vraag 679

Hoeveel Wmo-regio's zijn er?

Antwoord 679:

Veel gemeenten hebben gezamenlijk, in regioverband, opgetrokken bij de voorbereiding van de decentralisatie van de zorg en de invoering van de nieuwe Wmo. Uit een inventarisatie door de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) uit 2013 blijkt dat er op regionaal niveau 43 samenwerkingsverbanden (Wmo-regio's) zijn gevormd die grotendeels overeenkomen met de nieuwe jeugdzorgregio's.

Vraag 680

Hoeveel Wmo overlegtafels zijn er georganiseerd, hoe vaak vindt dit plaats en wie zitten aan deze overlegtafels?

Antwoord 680:

Er is geen definitie van «Wmo-tafels». Er wordt in verschillende hoedanigheden gesproken over de verbetering en vernieuwing van de Wmo-uitvoering. Ik heb daarom geen landelijke overzicht van alle overlegtafels (landelijke, regionaal, lokaal) waar partijen elkaar ontmoeten en de frequentie van die overleggen. Voorbeelden van landelijke overlegtafels met betrokkenheid van het Ministerie van VWS zijn:

Ontwikkelingstafel Volwaardig Meedoen

- Deelnemers: Gemeenten (vertegenwoordigd door VNG en NDSD), Cliëntenorganisaties, VWS (Frequentie: 4–5 keer per jaar).

HLZ-tafel

- Deelnemers: Cliëntenorganisaties, VNG, Brancheverenigingen werkgevers, Beroepsverenigingen, Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit, Vilans, VWS (Frequentie: 10 keer per jaar).

Cockpitoverleg HLZ

- Deelnemers: Cliëntenorganisaties, VNG, Brancheverenigingen werkgevers, Beroepsverenigingen, Zorgverzekeraars Nederland, VNG, VWS (Frequentie: 4 keer per jaar).

Overleg i.h.k.v. samenwerkingsagenda VNG-ZN

- Deelnemers: VNG, ZN, VWS (Frequentie: ongeveer 3 keer per jaar).

Brede regietafel decentralisaties

- Deelnemers: Betrokken bewindspersonen, Gemeentebestuurders (Frequentie: ongeveer 4 keer per jaar).

Overleg directeuren sociaal domein

- Deelnemers: Netwerk directeuren sociaal domein (gemeenten), directeuren sociaal domein departementen (Frequentie: ongeveer 4 keer per jaar).

Stuurgroep iSD

- Deelnemers: VNG, aantal gemeentelijke directeuren, Brancheverenigingen zorgaanbieders, VWS (Frequentie: iedere zes weken).

Vraag 681

Welke partijen van de Wmo-overlegtafels zijn gesubsidieerd door VWS?

Antwoord 681:

Er vindt geen aparte subsidiëring van overlegtafels plaats. Wel ontvangen partijen, met name organisaties van cliënten, gemeenten en aanbieders, subsidies van VWS gericht op verbetering van de uitvoering van de Wmo 2015. Voor (koepel)organisaties van cliënten geldt hiervoor allereerst het vastgestelde pgo subsidiekader; aanvullend kan aan cliëntorganisaties een gerichte projectsubsidie worden verleend. Gerichte projectsubsidies worden ook verleend aan organisaties van aanbieders en gemeenten.

Vraag 682

In welke gemeenten worden maximale inkomensgrenzen gehanteerd?

Antwoord 682:

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 683

Zijn er Wmo-verordeningen aangepast of vernietigd als het gaat om de Wmo 2015? Zo ja, bij welke gemeenten, en met welke reden?

Antwoord 683:

Het aanpassen van een Wmo-verordening betreft een gemeentelijke aangelegenheid; dat betreft 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 684

Hoeveel gemeenten zijn door de Staatssecretaris op de vingers getikt, omdat zij Wmo-beleid uitvoerden dat in strijd met de wetgeving is over 2015 en 2016? Welke gemeenten waren dit, en waarom?

Antwoord 684:

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.

Het behoort tot de vaste werkwijze om geconstateerde strijdigheden in de uitvoering en of beleid met de Wmo 2015 eerst en zoveel als mogelijk op te lossen op ambtelijk niveau. Als dat niet lukt, wordt met de wethouder en het college contact opgenomen om zekerheid te verkrijgen dat de gemeente het beleid gaat aanpassen en of de uitvoering op orde gaat brengen. Mocht een college om redenen daartoe niet bereid zijn, dan volgt een brief van mij, of namens mij, aan het college met een afschrift aan de gemeenteraad.

Op basis van de ervaringen tot nu toe worden signalen in de regel direct opgepakt door colleges. Concreet is in vier gevallen een brief aan de verantwoordelijke colleges in afschrift aan de gemeenteraden toegestuurd.

Vraag 685

In hoeveel en welke gemeenten worden alfahulpen ingezet?

Antwoord 685:

Ik beschik niet over een overzicht van gemeenten waar alfahulpen worden ingezet.

Vraag 686

Hoeveel en welke gemeenten hanteren alfacheques?

Antwoord 686:

Ik heb geen overzicht van het aantal gemeenten dat werkt met alfacheques.

Vraag 687

Wat kost de Wmo jaarlijks uitgesplitst naar huishoudelijke verzorging, vervoer en hulpmiddelen?

Antwoord 687:

Een splitsing in genoemde kosten van voorzieningen op landelijk niveau is niet beschikbaar. Gemeenten zijn – binnen de kaders van de wet – immers vrij in de besteding van hun middelen. Voor de totale jaarlijkse uitgaven verwijs ik naar het antwoord op vraag 692.

Vraag 688

Kunt u in een tabel aangeven wat de bezuinigingen zijn op de huishoudelijke verzorging, begeleiding en dagbesteding in 2015 en 2016? Hoeveel is er minder bezuinigd op de huishoudelijke verzorging, dagbesteding en begeleiding?

Antwoord 688:

Zie het antwoord op vraag 573 met overzichten van alle maatregelen en intensiveringen van de kabinetten Rutte I en II.

Vraag 689

Hoeveel mensen zijn geherindiceerd afgelopen jaar en hoeveel mensen hebben minder uren/meer uren/dezelfde uren gekregen zowel voor de Wlz- als de Wmo- zorg?

Antwoord 689:

Het ClZ heeft in het jaar 2015 ruim 76.000 positieve Wlz- besluiten afgegeven en bijna 30.000 besluiten voor de subsidieregelingen waarvoor het ClZ taken uitvoert. Het ClZ 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 zijn geen landelijke cijfers bekend over het aantal herbeoordelingen (en de uitkomsten daarvan) bij de gemeenten in het kader van de Wmo 2015.

Vraag 690

Hoe ziet de verdeelsleutel eruit voor de uitkering in het gemeentefonds van gemeenten voor de Wmo, beschermd woonvormen en de jeugdzorg?

Antwoord 690:

De verdeelsleutel voor de «nieuwe» Wmo-taken (als gevolg van de decentralisatie per 1-1-2015) voor 2015 was gebaseerd op de historische uitgaven van de gemeenten. Vanaf 2016 vindt de verdeling van het budget (met een ingroeipad) plaats door middel van een objectief verdeelmodel. Een objectief verdeelmodel is kostengeoriënteerd, wat wil zeggen dat het model aansluit bij verschillen in kosten die gemeenten naar verwachting op grond van objectieve maatstaven en feitelijke kengetallen moeten maken om aan maatschappelijke opgaven te voldoen. De middelen voor beschermd wonen zijn verdeeld onder 43 centrumgemeenten op basis van de historische uitgaven. Een (nieuw) objectief verdeelmodel wordt thans ontwikkeld.

De middelen voor de jeugdhulp worden vanaf 2016 op basis van een objectief verdeelmodel verdeeld. Hierbij wordt hetzelfde ingroeipad gehanteerd als bij de Wmo 2015. Een deel van het jeugdhulpbudget, te weten dat voor kinderen met een voogdijmaatregel en 18plussers, wordt buiten het objectieve verdeelmodel om over gemeenten verdeeld. Reden is dat deze kosten niet op basis van structuurkenmerken van gemeenten te voorspellen zijn.

Deze middelen worden op basis van historisch zorggebruik over gemeenten verdeeld.

Een nadere toelichting op de verschillende verdeelmodellen is te vinden op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/circulaires/2016/09/20/met-excel-septembercirculaire-gemeentefonds-2016>.

Vraag 691

Hoeveel en welke thuiszorgorganisaties zijn in 2015 en 2016 failliet gegaan?

Antwoord 691:

Ik heb geen overzicht van thuiszorgorganisaties die failliet zijn gegaan sinds begin 2015.

Vraag 692

Hoeveel is er uitgegeven aan de Wmo vanaf 2010 t/m 2016?

Antwoord 692:

In tabel 15 op bladzijde 185 van de VWS Ontwerpbegroting 2017 is de ontwikkeling weergegeven van de BKZ-uitgaven en -ontvangst van 2007 t/m 2017, waaronder de ontwikkeling van de Wmo.

Vraag 693

Hoeveel is er bezuinigd op de Wmo vanaf 2007 t/m 2016?

Antwoord 693:

In onderstaand overzicht zijn de maatregelen opgenomen van de ontwerpbegrotingen 2007–2011. Zie voor overzichten vanaf de ontwerpbegrotingen 2012 het antwoord op vraag 573.

Beleidsmatige mutaties Wmo 2007–2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
OW 2007											
OW 2008											
OW 2009											
OW 2010											
Prikkelwerking Wmo					- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	- 50
OW 2011											
Budget Wmo					- 150	- 150	- 150	- 150	- 150	- 150	- 150

Vraag 694

Hoeveel is er bezuinigd op de huishoudelijke verzorging vanaf 2007 t/m 2016?

Antwoord 694:

Zie het antwoord op vraag 573 en 693 met overzichten van bezuinigingen en intensiveringen in de zorg in de periode 2007–2016. De maatregel korting huishoudelijke hulp en de verzachting hiervan is bij antwoord 573 opgenomen in de tabel «Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2014». De extra middelen voor de toeslag huishoudelijke hulp zijn bij antwoord 573 opgenomen in de tabellen van de OW 2015 en 2016. In de tabel van de OW 2015 is deze toeslag overigens opgenomen onder het kopje «Kasschuif middelen arbeidsmarkt intensivering».

Vraag 695

Hoeveel is er bezuinigd op dagbesteding en begeleiding vanaf 2015?

Antwoord 695:

Zie het antwoord op vraag 573.

Vraag 696

Hoeveel is er bezuinigd op het budget van beschermd woonvormen?

Antwoord 696:

Bij de decentralisatie heeft voor het onderdeel beschermd wonen van 's rijkswege geen bezuiniging plaatsgevonden. Ook voor 2017 vindt ten opzichte van 2016 van 's rijkswege geen bezuiniging plaats.

Vraag 697

Welke gemeenten hanteren te lage tarieven voor huishoudelijke verzorging?

Antwoord 697:

Ik heb geen landelijk overzicht van door gemeenten gehanteerde tarieven voor huishoudelijke verzorging.

Vraag 698

Hoeveel dagbestedingslocaties zijn er? Hoeveel dagbestedingslocaties zijn gesloten in 2015 en 2016?

Antwoord 698:

Over het aantal dagbestedingslocaties zijn geen landelijk representatieve gegevens beschikbaar. Wel brengt Movisie momenteel in kaart wat de stand van zaken is bij de 45 vernieuwende voorbeelden van dagbesteding die zij in het najaar van 2015 heeft omschreven. Door nu een jaar later

nogmaals te kijken, kan kwalitatief in beeld gebracht worden hoe de ontwikkelingen zijn bij deze initiatieven.

Vraag 699

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

Antwoord 699:

Ik beschik niet over het overzicht van door gemeenten verstrekte voorzieningen voor huishoudelijke verzorging, het aantal uren en aanpassingen daarin.

Vraag 700

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

Antwoord 700:

Voor de ontwikkelingen in het gebruik van voorzieningen in het kader van de Wmo 2015 verwijs ik u naar de overall rapportage sociaal domein van het Sociaal Cultureel Planbureau, die u op 13 mei 2016 door de Minister van BZK is toegezonden. In deze rapportage worden landelijke ontwikkelingen in kaart gebracht, geen ontwikkelingen per gemeente.

Vraag 701

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 701:

Ik heb gemeenten bij brief van 6 juni jl. opgeroepen de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) zorgvuldig te bestuderen en vast te stellen of deze aanleiding geven tot aanpassing van lokaal beleid. Ik beschik niet over een landelijk overzicht van de uitkomsten van deze analyse door gemeenten en van gemeenten die als gevolg van de uitspraken van de CRvB hun beleid hebben aangepast.

Vraag 702

Wat waren de uitvoeringskosten van de Wmo 2015?

Antwoord 702:

Er is geen landelijke registratie beschikbaar van de in 2015 door gemeenten gerealiseerde uitvoeringskosten van de Wmo 2015. Overigens verschillen die uiteraard per gemeente sterk, afhankelijk van de afspraken die zij maken met zorgaanbieders over de wijze van het organiseren van toegang en indicatie.

Vraag 703

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

Antwoord 703:

Naar aanleiding van de motie van der Staaij/Bruins Slot (ks 34 300-XVI, nr. 77) is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de toename van administratieve lasten als gevolg van de hervorming van de langdurige zorg. Het onderzoek is afgerond en zal inclusief beleidsreactie aan de Tweede Kamer worden toegezonden. In het traject «Merkbaar minder regeldruk» zet ik met verschillende trajecten in op het verminderen van de regeldruk in de jeugdhulp, de maatschappelijke ondersteuning en de langdurige zorg. Zie ook het antwoord op vraag 404.

Vraag 704

Hoeveel en welke gemeenten hebben een huishoudelijke hulp toelage aangevraagd? Kan een financieel overzicht worden gegeven?

Antwoord 704:

Na de gemeentelijke herindelingen per 1 januari 2015, blijkt dat door 393 gemeenten in totaal 390 aanvragen zijn ingediend. Over kalenderjaar 2016 zijn door 384 van de totaal 390 gemeenten (per 1-1-2016) aanvragen voor HHT ingediend.

In de septembercirculaire gemeentefonds 2015 in bijlage 4.2.3 en de decembercirculaire gemeentefonds 2015 in bijlage 4.2.1 een overzicht gegeven van de ontvangen bedragen van de decentralisatie uitkering huishoudelijke hulp toelage.

Vraag 705

Welke gemeenten hebben de huishoudelijke hulp toelage ingezet en bij welke gemeenten ligt dit geld op de plank?

Antwoord 705:

Zoals aangegeven in de decembercirculaire gemeentefonds 2015 zijn de oorspronkelijke voorwaarden zoals opgenomen in de Informatiekaart Huishoudelijke Hulp Toelage verruimd. Hiertoe is besloten na debat met de Tweede Kamer over de besteding van deze middelen; de verruiming is vastgelegd in het akkoord van 4 december 2015 met bonden en gemeenten over een toekomstvaste langdurige zorg en ondersteuning.

De verantwoording over de inzet van deze middelen vindt plaats aan de gemeenteraad waardoor ik niet beschik over het overzicht van de mate waarin gemeenten deze huishoudelijke hulp toelage hebben ingezet.

Vraag 706

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

Antwoord 706:

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 707

Hoe vinden de herverdelingseffecten plaats voor de Wmo, en welk bedrag is hiermee gemoeid? Kunt u een overzicht geven van de herverdelingseffecten tussen de Wmo en de Wlz, en welke bedragen hiermee gemoeid zijn?

Antwoord 707:

In de verdiepingbijlage van de VWS Ontwerpbegroting 2017 zijn de herverdelingseffecten afzonderlijk weergegeven (p.244). De mutaties zijn met toelichting ook te vinden in hoofdstuk 3 van de Septembercirculaire gemeentefonds 2016. Zie hiervoor: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/circulaires/2016/09/20/met-excel-septembercirculairegemeentefonds-2016>

Vraag 708

Hoeveel is er precies bezuinigd op tegemoetkomingen voor chronisch zieken en mensen met een beperking tussen 2006 en 2016? Kunt u hiervan uw duiding geven?

Antwoord 708:

De regelingen die tot doel hadden om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor de meerkosten die zij hadden, bleken niet goed te werken

Omdat het niet mogelijk is om op centraal niveau vast te stellen wie chronisch ziek is en als gevolg daarvan geconfronteerd wordt met meerkosten, is besloten tot een combinatie van een centrale regeling en maatwerk door gemeenten. Naast de fiscale regeling Specifieke Zorgkosten is € 268 miljoen toegevoegd aan het gemeentefonds. Gemeenten hebben hierdoor meer financiële mogelijkheden om chronische zieken of mensen met een handicap te compenseren. Wat iemand nodig heeft, kan beter beoordeeld worden in persoonlijk gesprek dan op basis van landelijke zorggegevens die veel te globaal zijn. Gemeenten hebben beter zicht op hun burgers en kunnen ondersteuning bieden die is toe gespist op wat nodig is. Om maatwerk te kunnen bieden ontvangen gemeenten jaarlijks 268 miljoen.

Van 2006 tot 2016 zijn de volgende veranderingen doorgevoerd bij tegemoetkomingen voor chronisch zieken en mensen met een beperking:

- De Buitengewone Uitgavenregeling (BU) in 2009:
 - Afschaffen Buitengewone Uitgavenregeling, budgettaire effect € 2,8 miljard.
 - Vervangen door:
 - Algemeen koopkrachtpakket: € 0,7 miljard.
 - Specifiek koopkrachtpakket Ouderen, Arbeidsongeschikten, Huurtoeslag: € 0,8 miljard.
 - Wtcg tegemoetkoming, Korting eigen bijdragen en Specifieke Zorgkosten: € 1,3 miljard.
- De Wtcg tegemoetkoming bestond van 2009 tot 2013:
 - 2012 Wtcg inkomensafhankelijk, budgettaire opbrengst € 0,2 miljard.
- Afschaffen CER, Wtcg en invoeren maatwerk vanaf 2013: in onderstaande tabel de budgettaire effecten van deze maatregelen.

Tabel Budgettaire effecten maatregelen vanaf 2013.

Afschaffen CER tegemoetkoming	€ -0,2	miljard
Afschaffen Wtcg tegemoetkoming	€ -0,4	miljard
Afschaffen korting Wmo eigen bijdrage	€ -0,2	miljard
Ombuiging Specifieke Zorgkosten	€ -0,1	miljard
Invoeren gemeentelijk Maatwerk	€ 0,3	mld
Totaal	€ -0,6	mld

Vraag 709

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

Antwoord 709:

Naast het vermogen is het verzamelinkomen van belang voor de berekening van de eigen bijdrage in de Wlz en Wmo. Het komt nagenoeg niet voor dat een persoon een eigen bijdrage is verschuldigd op basis van alleen zijn vermogen en daarnaast dus een nihil verzamelinkomen heeft.

Er is daarom gekeken naar het aantal mensen waarbij het vermogen een effect heeft op de hoogte van het bijdrageplichtig inkomen. Voor de WLZ zijn dit circa 61.000 mensen en voor de WMO zijn het circa 47.000 mensen.

Vraag 710

Hoe zijn onverwacht hoge uitgaven als gevolg van nieuwe dure (kanker-)medicijnen in het risicoprofiel verwerkt voor de vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen?

Antwoord 710:

In het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg is het vereveningskenmerk Farmaciekostengroepen (FKG's) opgenomen. Verzekerden worden in de klassen van dit kenmerk ingedeeld op basis van gebruik van geneesmiddelen in het voorgaand jaar. Specifiek voor de hogere zorgkosten van kankerpatiënten wordt de verzekeraar gecompenseerd via de FKG's «Kanker», «Hormoongevoelige tumoren» en «Kanker op basis van add-on». Jaarlijks monitort het Zorginstituut het lijst van geneesmiddelen die tot indeling in een FKG leiden, en periodiek wordt groot onderhoud gepleegd aan het vereveningskenmerk. Hierdoor blijft de lijst van geneesmiddelen die tot indeling in een FKG leiden up-to-date. De kosten van nieuwe, dure geneesmiddelen die buiten het basispakket zijn geplaatst via de sluis en die vervolgens alsnog worden toegelaten tot het basispakket, worden na instroom in het pakket tot het einde van het volgende kalenderjaar volledig nagecalculeerd (de zorgverzekeraar loopt in die periode geen financieel risico op deze middelen). De bedoeling is dat dergelijke middelen vervolgens worden toegevoegd aan de lijst van middelen die leiden tot indeling in een FKG, waardoor deze verwerkt worden in de vereveningsbijdrage die verzekeraars ontvangen.

Per 2017 is het vereveningskenmerk (FKG's) uitgebreid met drie categorieën voor dertien specifieke dure geneesmiddelen. Tien van deze dertien geneesmiddelen betreffen de aandoening stofwisselingsziekten met stapeling, naast pulmonale arteriële hypertensie, PNH/aHUS en systemische transthyretine-amyloïdose. Op deze wijze worden zorgverzekeraars via de vereveningsbijdrage gecompenseerd voor de zeer hoge zorgkosten die verzekerden met deze aandoeningen hebben.

Vraag 711

Hoeveel winstbelasting betalen zorgverzekeraars?

Antwoord 711:

Zorgverzekeraars zijn, op ASR na, vrijgesteld voor vennootschapsbelasting. Uit het transparantieoverzicht van de jaarcijfers 2015 van ASR blijkt dat ASR € 1,2 miljoen aan vennootschapsbelasting betaalt.

Vraag 712

Hoeveel vermogensbelasting betalen zorgverzekeraars?

Antwoord 712:

In Nederland bestaat er alleen een vermogensbelasting voor particulieren in de vorm van de box 3 heffing inkomstenbelasting. Deze geldt dus niet voor zorgverzekeraars of andere rechtspersonen.

Vraag 713

De raming voor de zorgpremie was de afgelopen jaren structureel te hoog, nu echter te laag. Hoe komt dat?

Antwoord 713:

Op dit moment valt nog niet te zeggen of de zorgpremie hoger uitvalt dan geraamd. Slechts één verzekeraar (met ongeveer 3,5% marktaandeel in

2016) heeft zijn premie bekend gemaakt. De belangrijkste reden dat die verzekeraar zijn premie hoger heeft vastgesteld dan de VWS raming is omdat deze verzekeraar minder reserves heeft afgebouwd dan VWS heeft geraamd.

Vraag 714

Kunt u een overzicht geven van de minimum-eisen van DNB aan de reserves van de zorgverzekeraars over de afgelopen 5 jaar en de komende jaren?

Antwoord 714:

Vóór 2016 bedroeg de vereiste solvabiliteit (Solvency I) een vast percentage van de schade. Het percentage bedroeg in 2010 9% van de schade en vanaf 2011 tot en met 2015 11%.

Met ingang van 2016 worden de minimumeisen van DNB aan de reserves van de zorgverzekeraars bepaald door de Solvency II-richtlijn. Op basis van Solvency II verschillen de eisen per zorgverzekeraar naar gelang het risicoprofiel. Uit de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering blijkt dat de huidige vereiste solvabiliteit op basis van Solvency II gemiddeld 16% van de premie- plus vereveningsbijdrage bedraagt.

Vraag 715

Wat is de verhouding bij de collectieve zorguitgaven tussen de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage, de eigen betalingen en belastingen? Hoe heeft dit zich ontwikkeld de afgelopen 10 jaar?

Antwoord 715:

In onderstaande tabel staan de gemiddelde lasten aan zorg per volwassene in de jaren 2006 tot en met 2017.

Tevens is per financieringsbron het aandeel aangegeven van het totaal. Eenvoudigheidshalve is de zorgtoeslag gesaldeerd met de nominale premie, hoewel de zorgtoeslag ook ter gedeeltelijke compensatie van het eigen risico is. Hierdoor stijgt in 2013 het aandeel eigen betalingen en daalt het aandeel nominale premie, hoewel tegenover de verhoging van het eigen risico in dat jaar een verhoging van de zorgtoeslag stond die in onderstaande tabel geheel is toegerekend aan nominale premies. De post eigen betalingen bevat zowel het eigen risico als de eigen bijdragen AWBZ/Wlz.

Lasten per volwassene aan zorg (in euro's en als aandeel van het totaal)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Totale lasten in euro	3.838	3.978	4.537	4.353	4.536	4.889	5.132	5.308	5.230	5.346	5.334	5.347
Nominale premie Zvw	15%	16%	18%	18%	17%	17%	17%	16%	16%	16%	17%	17%
Ink.afh.premie	29%	29%	30%	30%	29%	30%	30%	32%	32%	30%	30%	30%
AWBZ/WLZ-premie	29%	26%	27%	24%	25%	24%	24%	26%	27%	21%	21%	21%
Eigen betalingen Zvw/AWBZ/Wlz	8%	7%	5%	5%	5%	5%	5%	6%	7%	7%	7%	7%
Belastingen	19%	22%	21%	23%	23%	24%	23%	19%	18%	26%	26%	25%

Vraag 716

Kunt u een overzicht sturen van de hoogte van het eigen risico vanaf 2006 t/m 2017? Brengen de opbrengsten van het eigen risico op wat was verwacht?

Antwoord 716:

Hier volgt een overzicht van de hoogte van het eigen risico in euro's:

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
255 ¹	255 ¹	150	155	165	170	220	350	360	375	385	385

¹ In 2006 en 2007 was er sprake van een no-claimkorting van maximaal € 255.

De realisatie van opbrengsten van het eigen risico die daadwerkelijk worden betaald door verzekerden 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 € 3.089,2 miljoen in 2014. Dit zijn de meest recente beschikbare realisatiegegevens.

Vraag 717

Wat wordt de verwachte opbrengst van het eigen risico volgend jaar?

Antwoord 717:

De verwachte opbrengst van het eigen risico bedraagt voor 2017 € 3,2 miljard (zie tabel 10 op pagina 177 van de VWS-begroting).

Vraag 718

Hoeveel mensen hebben zorg vermeden vanwege het eigen risico vanaf 2006 t/m 2016? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord 718:

Zie het antwoord op vraag 17.

Vraag 719

Hoeveel mensen hebben hun gehele eigen risico opgemaakt?

Antwoord 719:

Tijdens het Algemeen Overleg Zorgverzekeringwet d.d. 5 oktober 2016 heb ik u toegezegd om uw Kamer voor de begrotingsbehandeling een brief te sturen over het verbruik van het eigen risico door chronisch zieken en het aanbod van gemeentelijke compensatieregelingen. Indien mogelijk zal ik daarin ook deze vraag beantwoorden.

Vraag 720

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

Antwoord 720:

Zie antwoord op vraag 719.

Vraag 721

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben hun gehele eigen risico opgemaakt?

Antwoord 721:

Zie antwoord op vraag 719.

Vraag 722

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

Antwoord 722:

Zie antwoord op vraag 719.

Vraag 723

Wat is de verhouding van mensen die chronisch ziek zijn en mensen die niet chronisch ziek zijn als het gaat om het volledige verbruik van het eigen risico?

Antwoord 723:

Zie antwoord op vraag 719.

Vraag 724

Hoeveel mensen konden in 2016 hun eigen risico niet meer betalen? Wat zijn hiervan de laatste cijfers?

Antwoord 724:

Deze cijfers zijn mij niet bekend. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om het eigen risico te innen bij verzekerden. Zij hebben hierbij de vrijheid om geen eigen risico in rekening te brengen als een verzekerde, bijvoorbeeld, een voorkeursaanbieder raadpleegt.

Vraag 725

Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2016 heeft geleid tot het minder gebruik maken van zorg, en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord 725:

Nee. Dit kan niet omdat het jaar 2016 nog niet is afgelopen. Na afronding van het Nivel-onderzoek naar omvang en aard van zorgmijding (Kamerstuk 29 689, nr. 664) loopt er geen daarmee vergelijkbaar onderzoek.

Vraag 726

Kan in een overzicht worden weergegeven hoeveel mensen respectievelijk 100%, 75%, 50%, 25% en 0% van het verplicht eigen risico kwijt waren?

Antwoord 726:

Zie antwoord op vraag 719.

Vraag 727

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

Antwoord 727:

Volgens de NZa marktscan 2016 heeft in 2016 11,9% van de 18+ verzekerden het eigen risico vrijwillig verhoogd. Onderstaande tabel laat de aantallen zien per eigen risico trede.

Aantal verzekerden 18+	2012	2013	2014	2015	2016
Geen vrijwillig eigen risico	93,1%	90,3%	89,3%	88,3%	88,0%
€ 100	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%
€ 200	0,9%	1,1%	1,3%	1,3%	1,2%
€ 300	0,9%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
€ 400	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
€ 500	3,6%	6,2%	7,1%	8,2%	8,5%
Totaal percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico	6,9%	9,6%	10,7%	11,8%	11,9%

Vraag 728

Waar wordt de tijdelijke rijksbijdrage HLZ uit gefinancierd?

Antwoord 728:

De tijdelijke rijksbijdrage HLZ wordt via begrotingsgeld beschikbaar gesteld en wordt gefinancierd vanuit belastingopbrengsten.

Vraag 729

Welk bedrag komt volgend jaar aan Wlz-premie binnen bij de Belastingdienst voordat het beslag voor de heffingskortingen plaatsvindt?

Antwoord 729:

De opbrengst van de Wlz-premie wordt voor 2017 geraamd op € 14.407 miljoen. In dit bedrag is voor € 12.740 miljoen aan heffingskortingen verrekend. Zonder verrekening van heffingskortingen is de opbrengst dus € 27.147 miljoen.

Vraag 730

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 730:

De inkomsten van het Fonds langdurige zorg op grond van de Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK) bedragen in 2017 op basis van de huidige raming € 3.463,3 miljoen (zie bladzijde 67 van de VWS-begroting 2017). Dit bedrag kan nog licht wijzigen als de omvang van de heffingskortingen in een komende CPB raming anders uitvalt.

Vraag 731

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 731:

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% vrijwel voldoende om binnen deze kabinetsperiode, rekening houdend met de opbrengst van eigen bijdragen en de Bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK), alle uitgaven te dekken.

Indien met de vraag wordt bedoeld hoe hoog de Wlz-premie zou moeten zijn als in afwijking van de wettelijk vastgelegde systematiek de heffingskortingen niet in mindering worden gebracht en uit de Wlz-premie in 2017 alle Wlz-uitgaven gedekt kunnen worden (en er dus geen rekening wordt gehouden met de eigen bijdragen en de BIKK) dan is het antwoord 7,2%.

Vraag 732

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 732:

Indien met de vraag wordt bedoeld hoe hoog de Wlz-premie zou moeten zijn als in afwijking van de wettelijk vastgelegde systematiek de heffingskortingen niet in mindering worden gebracht en uit de Wlz-premie en de eigen bijdragen in 2016 alle Wlz-uitgaven gedekt kunnen worden (en er dus geen rekening wordt gehouden met de BIKK) dan is het antwoord 6,6%.

Vraag 733

Wat komt er binnen in de BIKK?

Antwoord 733:

Zie het antwoord op vraag 730.

Vraag 734

Kunt u de volgende gegevens in een overzicht plaatsen:

1. Jaarlijkse premieopbrengsten AWBZ/Wlz vanaf 1999 tot heden
2. Welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks van de premieopbrengsten AWBZ aan heffingskortingen wordt besteed
3. Welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks via de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) wordt gecompenseerd
4. Het verschil tussen de compensatie via de BIKK en het bedrag dat opgaat aan heffingskortingen per jaar vanaf 1999 tot heden
5. De jaarlijkse uitgaven aan AWBZ zorgkosten vanaf 1999 tot heden
6. De jaarlijkse inkomsten aan eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden
7. Het verschil tussen de totale premieopbrengsten en de jaarlijkse uitgaven minus de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden
8. De jaarlijkse opbrengst van de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden
9. De jaarlijkse uitgaven aan AWBZ zorgkosten vanaf 1999 tot heden minus de opbrengst eigen bijdragen.
10. AWBZ-premies exclusief heffingskortingen minus zorguitgaven en minus opbrengst eigen bijdragen
11. Wilt u een raming doen m.b.t. vraag 1 tot met 10 voor het jaar 2017?
12. Wilt u een raming doen m.b.t. vraag 1 tot en met 10 voor de Wlz in het jaar 2017?

Antwoord 734:

De gevraagde cijfers staan in onderstaande tabel.

AWBZ- en WLZ inkomsten en uitgaven (bedragen x € 1 miljard)

	Premieopbrengst AWBZ/Wlz	Heffingskortingen in AWBZ/Wlz-premie	BIKK	Heffingskortingen 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	–3	9
2016	17	12	3	9	20	2	18	–1	11
2017	14	13	3	9	20	2	18	–2	11

Vraag 735

Hoe hebben de beheerskosten van zorgverzekeraars zich ontwikkeld in de periode 2012–2016?

Antwoord 735:

Onderstaande cijfers laten zien de ontwikkeling van de bedrijfskosten basisverzekering in de jaren 2012 tot en met 2015. De cijfers voor 2016 zijn nog niet beschikbaar. De gegevens zijn afkomstig uit de Marktscan

zorgverzekeringsmarkt 2016. Deze scan is recent door de NZa uitgebracht en aan u toegezonden.

De gepresenteerde cijfers (per verzekerde 18+ en in percentage van de premie-inkomsten) zijn exclusief de schadeafhandelingskosten, waardoor de kosten vooral de beheer- en personeelskosten omvatten.

De schadeafhandelingskosten waren voor de basisverzekering in 2015 gemiddeld ongeveer € 12 per verzekerde van 18 jaar of ouder.

Bedrijfskosten 2012-2015 per verzekerde 18+ 2012-2015 (in euro), basisverzekering				
Bedrijfskosten	2012	2013	2014	2015
Per verzekerde 18+	80	79	85	85
in percentage van de premie-inkomsten	3,1%	3,0%	3,2%	3,0%

Bron: NZa (op basis data DNB uit jaarstaten Wet op het financieel toezicht-Wft)

Vraag 736

Wat wordt bedoeld met een significant deel van de overreserves van de zorgverzekeraars? Hoeveel bedragen de totale overreserves?

Antwoord 736:

De totale overreserves basisverzekering op basis van Solvency II bedragen ultimo 2015 € 3,6 miljard (bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers 2015). In de VWS-begroting heb ik aangegeven dat ik bij de raming van de nominale premie 2017 rekening houd met een afbouw van reserves (inclusief resultaat) in 2017 van € 2 miljard. Dit is een significant deel van de totale overreserves. Afgelopen jaren hebben verzekeraars het drukken van de premie gefinancierd uit het resultaat en niet uit de reserves. Zie nadere toelichting in mijn antwoord op vraag 740.

Vraag 737

Hoeveel % stijging of daling van de premie valt nog onder een stabiele premie-ontwikkeling?

Antwoord 737:

Er bestaat geen heldere definitie van een stabiele premie-ontwikkeling. Er is in elk geval geen sprake van een stabiele premie-ontwikkeling als zich daarin grote schokken voordoen vanwege andere zaken dan de reguliere uitgavenontwikkeling. Om een stabiele premie-ontwikkeling te bevorderen is daarom na de overheveling van de wijkverpleging besloten tot de introductie van de rijksbijdrage HLZ met gefaseerde afbouw.

Vraag 738

Welke mogelijkheden zijn er om de fluctuaties in de 50/50 verhouding voor de IAB en de nominale premie te verkleinen?

Antwoord 738:

Fluctuaties in de premie als gevolg van de 50/50-verhouding zijn een moeilijk uit te leggen maar noodzakelijk gevolg van de systematiek in de Zvw. De hieronder opgesomde mogelijkheden om fluctuaties te verkleinen of te vermijden kennen nauwelijks tot geen voordelen en vooral nadelen. Mogelijkheden zijn:

1. De wettelijke eis schrappen om een «foute» verdeling uit het verleden in toekomstige jaren te compenseren. Omdat in de huidige systematiek de compensatie al over meerdere jaren wordt verspreid, is het effect op de fluctuaties in de premie zeer beperkt (in 2017 zou dit de premiefluctuatie met € 2 hebben beperkt).

2. Het schrappen van de eis van de 50/50-verdeling uit de wet. In dit geval vervallen de fluctuaties uit hoofde van de 50/50-eis, maar de kans is vrij groot dat de premie dan vanwege koopkrachtpolitieke overwegingen gaat fluctueren. Ook wordt daarmee afscheid genomen van een vaste verdeling van lasten tussen werkgevers en verzekerden.
3. Het pas definitief vaststellen van de IAB als verzekeraars hun premie hebben bepaald. Hiermee wordt weliswaar zeker gesteld dat de lasten 50/50 verdeeld zijn, maar wanneer de verzekeraars net als de laatste jaren de premie lager zouden vaststellen dan VWS raamt, betekent dit ook een lagere IAB-premie. Daardoor ontstaan er tekorten in het zorgverzekeringsfonds die in een volgend jaar moeten worden weggewerkt, wat dan alsnog tot premiefluctuaties zou leiden. Bovendien ontstaan er grote uitvoeringsproblemen bij de belastingdienst en loonadministrateurs als de IAB pas in november wordt vastgesteld.

Vraag 739

Waarop is precies de raming gebaseerd van de daling van 0.3 miljard euro bij de beheerskosten en reserveopbouw van zorgverzekeraars ten opzichte van de raming van 2016?

Antwoord 739:

De daling van € 0,3 miljard van 2016 op 2017 bij de post beheerskosten plus de reserveopbouw van zorgverzekeraars hangt volledig samen met de geraamde ontwikkeling van de reserveafbouw. Die reserveafbouw wordt voor 2016 geraamd op € 1,7 miljard en voor 2017 op € 2,0 miljard. In het antwoord op vraag 740 wordt nader ingegaan op de raming van de reserveafbouw 2017.

Vraag 740

Kan precies worden aangegeven waarop de verwachting is gebaseerd dat zorgverzekeraars «nog over voldoende reserves om ook de premieontwikkeling 2017 te mitigeren» beschikken? Waarop berust de verwachting dat zorgverzekeraars 2.0 miljard euro van de overreserves gaan teruggeven? Hoe kan het verschil verklaard worden met de werkelijke inzet van overreserves door verzekeraars?

Antwoord 740:

Uit solvabiliteitscijfers van De Nederlandsche Bank, en uit cijfers zoals door zorgverzekeraars zelf gepresenteerd in de transparantieoverzichten van de jaarcijfers, blijkt dat zorgverzekeraars op macroniveau nog steeds ruim voldoen aan de minimale solvabiliteitsvereiste. Hierbij moet worden aangetekend dat de solvabiliteitspositie per verzekeraar verschilt.

Op macroniveau bedraagt de gemiddelde solvabiliteit voor de basis- en aanvullende verzekering samen op basis van Solvency II 167% (2016 Q1, zie openbare statistieken DNB). Voor de basisverzekering geldt een gemiddelde solvabiliteit op basis van Solvency II ultimo 2015 van circa 157%; er is circa € 9,9 miljard aanwezig terwijl circa € 6,3 miljard is vereist (bron: transparantieoverzichten jaarcijfers basisverzekering 2014 en 2015 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website).

Om continu te kunnen voldoen aan de solvabiliteitseis zullen zorgverzekeraars zelf een door hen veilig geachte marge aanhouden boven de 100%, om te voorkomen dat zij er doorheen zakken. Elke zorgverzekeraar bepaalt zelf welke veiligheidsmarge zij wil hanteren. DNB stuurt op het wettelijk kader, 100%, en stelt geen algemene voorschriften omtrent de veiligheidsmarge.

In 2015 is de aanwezige solvabiliteit op macroniveau wederom toegenomen, evenals voor bijna alle zorgverzekeraars. De teruggave van middelen in de premie kon de afgelopen jaren uit het resultaat worden gefinancierd waardoor de aanwezige solvabiliteit intact is gebleven en zelfs is toegenomen (84% van het positieve resultaat 2015 is teruggegeven; 16% is aan de reserves toegevoegd).

Verzekeraars beschikken dus nog over voldoende reserves. Het is echter aan verzekeraars zelf in welk tempo zij dit afbouwen door het terug te geven aan verzekerden.

Vraag 741

Kan een overzicht gegeven worden van de actuele overreserve van zorgverzekeraars en het percentage van die overreserve dat de zorgverzekeraar inzet ter verlaging van de premie?

Antwoord 741:

Zie voor de actuele overreserves per zorgverzekeraar mijn beantwoording van vraag 597. Het deel van de overreserves dat een individuele zorgverzekeraar inzet ter verlaging van de premie 2017 is aan henzelf. Op macroniveau heb ik in de begroting 2017 rekening gehouden met een inzet van € 2 miljard (inclusief resultaat).

Vraag 742

Wat zijn de overheadkosten van zorgverzekeraars geweest over de afgelopen vijf jaar; procentueel en absoluut? Kan een uitsplitsing per jaar en per verzekeraar worden gegeven?

Antwoord 742:

Sinds 2014 worden in de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering de bedrijfskosten per zorgverzekeraar opgenomen.

Bedrijfskosten 2014 en 2015 concernniveau (x € 1.000) en in percentage van de zorgkosten, basisverzekering

	Bedrijfskosten	in % zorgkosten	Bedrijfskosten	in % zorgkosten
	2014	2014	2015	2015
ASR	28.847	5,9%	28.765	5,7%
CZ	174.339	2,5%	178.033	2,3%
De Friesland	42.708	4,2%	48.258	3,9%
DSW	25.981	3,5%	33.265	3,7%
Eno	15.633	6,1%	23.719	7,7%
Menzis	133.459	3,0%	143.481	2,9%
ONVZ	33.999	4,5%	41.702	5,0%
Stad Holland	7.187	5,0%	7.929	5,4%
VGZ	326.833	3,8%	326.923	3,6%
Zilveren Kruis	463.565	4,7%	418.294	4,0%
Z&Z	29.323	3,4%	30.974	3,2%
Totaal	1.281.874	3,7%	1.281.334	3,5%

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

Vraag 743

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? Kan een uitsplitsing per jaar en per verzekeraar worden gegeven?

Antwoord 743:

Zie de antwoorden op vragen 597 en 601 (Solvency II is pas sinds 1 januari van kracht).

Vraag 744

Hoeveel van hun reserves hebben zorgverzekeraars over de afgelopen vijf jaar aangewend ten behoeve van een premieverlaging, zowel absoluut als procentueel van het niet-vereiste deel van de reserves ten behoeve van de solvabiliteit? Kan een uitsplitsing per jaar en per verzekeraar worden gegeven?

Antwoord 744:

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 de positieve resultaten daarom voor een groot deel (vorig jaar 84%) teruggegeven aan de premiebetaler via een lagere vaststelling van de premie, in plaats van deze geheel toe te voegen aan de reserves.

De premie was de afgelopen jaren niet kostendekkend. Op deze wijze hebben zorgverzekeraars de afgelopen drie jaar bijna € 4 miljard terug gegeven via de premie (€ 507 miljoen in de premie 2014, € 1.414 miljoen in de premie 2015 en € 1.955 miljoen in de premie 2016).

De gevraagde uitsplitsing naar zorgverzekeraars is pas sinds vorig jaar met de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering beschikbaar gekomen. Zie hiervoor mijn beantwoording van vraag 600.

Vraag 745

Waar wordt het vermogenssaldo van 0,2 miljard euro in 2016 en 2017 aan uitgegeven?

Antwoord 745:

Het geraamde positieve vermogenssaldo van het Zorgverzekeringsfonds per ultimo 2016 wordt ingezet ter reductie van zowel de nominale premie als de IAB. De IAB wordt lager vastgesteld door de overheid. De verzekeraars ontvangen een hogere vereveningsbijdrage, waardoor zij in staat zijn de nominale premie lager vast te stellen dan anders zou kunnen.

Vraag 746

Hoeveel wanbetalers waren er in 2016 aangaande het eigen risico?

Antwoord 746:

Deze cijfers zijn mij niet bekend. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om het eigen risico te innen bij verzekerden. Zij hebben hierbij de vrijheid om geen eigen risico in rekening te brengen als een verzekerde, bijvoorbeeld, een voorkeursaanbieder raadpleegt.

Vraag 747

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

Antwoord 747:

Zie het antwoord op vraag 357.

Vraag 748

Kunt u een trendmatig overzicht geven van het aantal mensen dat sinds 2009 een bestuursrechtelijke premie moet betalen? Kan een overzicht per jaar worden gegeven?

Antwoord 748:

Hieronder treft u de tabel die tevens is opgenomen in de Verzekerdenmonitor 2016 die ik op 11 oktober jl. aan uw Kamer heb gezonden.

Per ultimo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	1/8/2016
Aantal	266.306	303.528	297.954	314.138	325.810	312.037	290.519

Vraag 749

Hoeveel mensen moeten al sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2009 een bestuursrechtelijke premie betalen?

Antwoord 749:

De zorgverzekeringswet is in 2006 ingevoerd. Ik ga bij de beantwoording van de vraag uit van de invoering van de wet «structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering» in 2009 en het zogenaamde «stuwmeer» van wanbetalers. Het «stuwmeer» betreft de wanbetalers die bij de inwerkingtreding van de wanbetalersregeling (eind 2009) al zes maanden premieachterstand hadden. Dit aantal was eind 2015 75.360.

Vraag 750

Kunt u aangeven hoe lang mensen gemiddeld een bestuursrechtelijke premie moeten betalen?

Antwoord 750:

In onderstaande tabel is het percentage opgenomen van het aantal wanbetalers dat 0–12 maanden in het bestuursrechtelijke regime verblijft, 12–24 maanden en langer dan 24 maanden.

Aantal maanden	%
0–12	17%
13–24	19%
>24	64%
Totaal	100%

Vraag 751

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 751:

Zorgverzekeraars melden verzekerden met een betalingsachterstand van zes of meer maanden zorgpremie aan bij Zorginstituut Nederland voor het bestuursrechtelijk premieregime. Een eventuele betalingsachterstand eigen risico telt hiervoor niet mee.

Het aantal wanbetalers in de zorg is sinds 2014 fors afgenomen. Eind 2014 vielen 325.810 mensen onder de wanbetalersregeling. Dit is gedaald naar 290.519 op 1 augustus 2016. De daling is een direct effect van de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen die eind 2015 door de Tweede Kamer is aangenomen. Dat komt vooral door zorgverzekeraars CZ en Zilveren Kruis die de mogelijkheden uit de nieuwe wet intensief gebruiken om regelingen te treffen met wanbetalers.

Vraag 752

Hoeveel mensen hadden in 2016 een betalingsregeling met hun zorgverzekering? Hoeveel waren dat er in 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 752:

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 30 juni 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.

	intern	extern
juni 2016	156.021	96.433
2015	137.468	93.515
2014	152.985	119.110

Er is geen cijfer beschikbaar van het totaal aantal betalingsregelingen (dus inclusief de betalingsregelingen voor alleen het eigen risico) bij alle zorgverzekeraars. Wel constateer ik dat zorgverzekeraars steeds vaker bij wijze van service de mogelijkheid van gespreid betalen van eigen risico aanbieden aan verzekerden. Alle verzekeraars bieden verzekerden deze mogelijkheid aan. Ik vind het gespreid betalen van het eigen risico overigens een goede zaak, omdat op deze manier het betalen van de zorgkosten onder het eigen risico in de pas loopt met de compensatie voor deze zorgkosten vanuit de zorgtoeslag.

Vraag 753

Wat zijn de uitvoeringskosten gemoeid met het de uitvoering van het eigen risico?

Antwoord 753:

Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om het eigen risico te innen. De uitvoeringskosten daarvan zijn niet bekend.

Vraag 754

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die de bestuursrechtelijke premie betalen? Hoe was die verdeling in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015?

Antwoord 754:

Ten behoeve van de Verzekerdenmonitor 2016 is de verdeling naar inkomensgroep in beeld gebracht door het CBS. Het betreft hier de verdeling naar inkomensgroep op 31 december 2014. Er is geen informatie beschikbaar over andere jaren.

In de onderstaande tabel is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Het onderzoek is gedaan naar 281.240 van de 325.810 wanbetalers die waren aangemeld bij Zorginstituut Nederland op 31 december 2014. Het CBS kan alleen onderzoek doen naar wanbetalers die staan ingeschreven in de Basisregistratie persoonsgegevens (BRP) en die op deze datum voorkomen in de registratie van alle verzekerden van 18 jaar of ouder.

Inkomensgroep	Totale bevolking (> 18 jaar)	Wanbetalers
Totaal	13.392.900	281.240
< € 10.000	827.420	54.400
€ 10.000 tot € 20.000	4.547.500	159.100
€ 20.000 tot € 30.000	4.647.600	54.200
€ 30.000 tot € 40.000	2.110.900	10.900
€ 40.000 tot € 50.000	713.500	1.700
> € 50.000	537.100	600

Vraag 755

Wat waren de landelijke uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars inzake het treffen van betalingsregelingen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016? Is hier een trend in te herkennen? Zo ja, kunt u dit verklaren?

Antwoord 755:

De uitvoeringskosten voor het treffen van betalingsregelingen worden niet apart in beeld gebracht. Deze kosten zijn onderdeel van het gehele debiteurenbeheer dat zorgverzekeraars, net als andere organisaties die te maken hebben met debiteuren, uitvoeren.

Vraag 756

Hoe komt het dat de IAB over de jaren 2006 t/m 2016 3,4 miljard euro meer opgeleverd heeft dan de huidige inkomsten? En waarom is dit bijvoorbeeld niet eerder dan 2017 gecorrigeerd? Hoe lang weet het ministerie al dat er een «fout» is in de 50–50 verdeling van de voorgaande jaren? Waar lag die fout aan?

Antwoord 756:

Volgens de Zorgverzekeringswet dient de Inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) evenveel op te brengen als de nominale inkomsten (de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage voor kinderen samen).

Verschillen ontstaan als de nominale premie of de IAB meer of minder opbrengen dan geraamd. Bij de IAB waren de ramingsbijstellingen per saldo beperkt. Omdat de zorgverzekeraars de nominale premie in de meeste jaren lager hebben vastgesteld dan geraamd in de begroting is er een verschil tussen beide ontstaan, wat in latere jaren moet worden gecorrigeerd.

Verschillen tussen de raming en de feitelijke premievaststelling door verzekeraars uit het verleden worden niet in een keer gecorrigeerd, omdat dit tot een grote sprong in de premies zou leiden. Daarom wordt in de begroting de nominale premie en de IAB zodanig geraamd dat het verschil steeds in vier jaar wordt weggewerkt. Zo was in de begroting 2016 het geraamde verschil tussen IAB en het nominale deel € 3,7 miljard. In de begroting 2016 is daarom de IAB zodanig vastgesteld dat het verschil met € 0,9 miljard zou teruglopen. De verzekeraars hebben de nominale premie daarna € 0,6 miljard lager vastgesteld dan geraamd in de begroting. Daardoor is het verschil niet teruggedrongen met € 0,9 miljard, maar met slechts € 0,3 miljard.

Vraag 757

Wat is de verklaring van de toename tussen 2015 en 2016 als het gaat om de Zvw-uitgaven en grensoverschrijdende zorg?

Antwoord 757:

De uitgaven grensoverschrijdende zorg betreffen zowel uitgaven voor Zvw-verzekerden als voor verdragsgerechtigden. Deze uitgaven kunnen van jaar tot jaar flink fluctueren. Dit blijkt onder meer uit het IBO Grensoverschrijdende zorg. Hierdoor zijn regelmatig opwaartse of neerwaartse bijstellingen van de ramingen nodig. Het verschil van circa € 85 miljoen tussen 2015 en 2016 hangt hier ook mee samen.

Meer specifiek valt het verschil in grensoverschrijdende Zvw-uitgaven tussen 2015 en 2016 als volgt te verklaren:

- De begroting 2016 bevat al een verschil van circa € 30 miljoen tussen 2015 en 2016 (€ 809,9 miljoen – € 779,8 miljoen). Dit verschil wordt veroorzaakt door de in de begroting 2016 aan 2016 toegevoegde groeiruumte 2016.
- In de VWS Ontwerpbegroting 2017 is het verschil tussen 2015 en 2016 met per saldo € 56 miljoen toegenomen.
 - Er is sprake van een onderuitputting van het budget in 2015 van € 68 miljoen (circa € 22 miljoen op de post verdragsgerechtigden en circa € 46 miljoen op de post Zvw-verzekerden).
 - Daarnaast is er voor het budget in 2016 een onderuitputting van € 12 miljoen. Dit is het saldo van de structurele doorwerking van de onderuitputting 2015 bij de verdragsgerechtigden (–€ 22 miljoen) en de voor 2016 toegekende loon- en prijsbijstelling (+€ 10 miljoen).
- Het saldo tussen 2015 en 2016 van de toegevoegde groeiruumte (€ 30 miljoen), de onderuitputting voor verdragsgerechtigden en Zvw-verzekerden (€ 22 miljoen plus € 46 miljoen) en de onderuitputting 2016 (–€ 12 miljoen) leidt tot een verschil van circa € 85 miljoen.

Vraag 758

Hoe hebben de door het Ministerie van VWS verwachte nominale premie en de door zorgverzekeraars gerealiseerde nominale premie zich sinds 2012 ontwikkeld?

Antwoord 758:

In onderstaande tabel staan de door VWS geraamde en de gemiddelde door de verzekeraars vastgestelde nominale premie. In bijna alle jaren kwam de gerealiseerde premie lager uit dan de geraamde premie.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
VWS Raming	851	879	1.057	1.074	1.085	1.211	1.222	1.273	1.226	1.211	1.243
Realisatie	773	848	1.049	1.059	1.095	1.199	1.226	1.213	1.098	1.158	1.199
Verschil	– 78	– 31	– 8	– 15	+10	– 12	+4	– 60	– 128	– 53	– 44

Vraag 759

Hoe ontwikkelt het gemiddeld eigen risico zich in de periode 2006–2017?

Antwoord 759:

Hier volgt de ontwikkeling van het gemiddelde eigen risico in euro's:

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
151 ¹	154 ¹	102	106	114	117	135	198	232	238	240	240

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

Vraag 760

Kan de Minister toelichten waarom wordt gerekend met een afbouw van reserves met 2 miljard euro?

Antwoord 760:

Zie het antwoord op vraag 740.

Vraag 761

Hoeveel mensen hebben zorgtoeslag ontvangen in de periode 2010–2016? Kan dit overzicht worden uitgesplitst naar eenpersoonshuishoudens en meerpersoonshuishoudens?

Antwoord 761:

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 nieuwere jaren kan het aantal toekenningen nog wijzigen door definitieve vaststellingen en/of herzieningen. Het betreft het aantal toekenning per 1 juli van het toeslagjaar.

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

Vraag 762

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

Antwoord 762:

Zie het antwoord op vraag 727.

Vraag 763

Welke alternatieven voor het huidig eigen risico zijn er mogelijk met een vergelijkbare financiële opbrengst?

Antwoord 763:

Bij de publicatie *Zorgkeuzes in Kaart* (ZiK) (Kamerstuk 29 689, nr. 596) zijn verschillende beleidsopties, aangedragen door politieke partijen, doorgerekend met betrekking tot het eigen risico. Ik verwijs u naar deze publicatie.

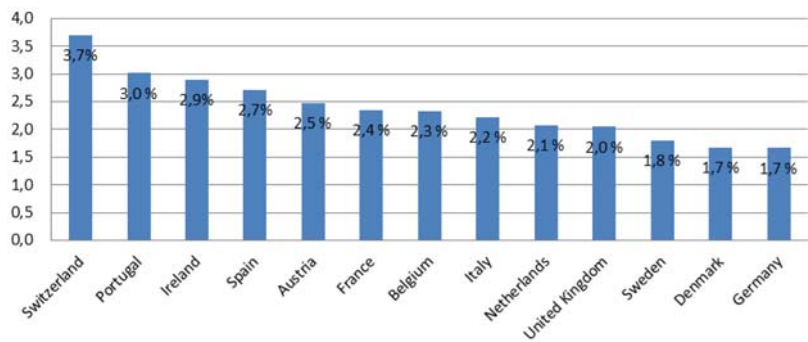
Vraag 764

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 764:

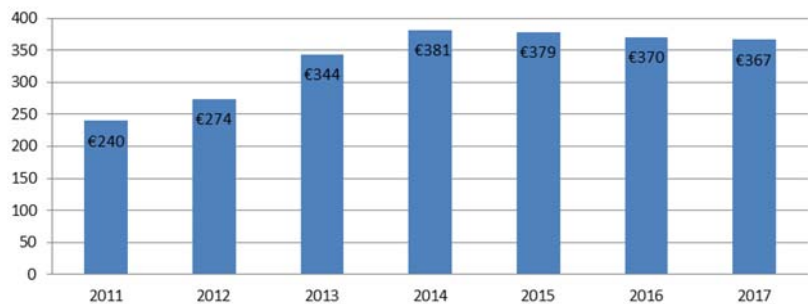
Internationaal gezien betalen de Nederlandse burgers gemiddeld tot weinig aan eigen betalingen. Onderstaand overzicht geeft een internationaal overzicht van eigen betalingen in de *curatieve zorg*. Dit omdat de meeste landen geen gegevens hebben over eigen bijdragen voor langdurige zorg.

Private uitgaven zorg (2015), % bbp (OECD)



De ontwikkeling van de gemiddelde eigen betalingen aan zorg, inclusief de eigen bijdrage in de langdurige zorg, door de Nederlandse burger staat weergegeven in onderstaande grafiek (gebaseerd op begrotingen VWS 2012–2017).

Eigen betalingen in € per jaar, 2011–2017



Tussen 2012 en 2013 zijn de eigen betalingen gestegen als gevolg van de stijging van het maximale eigen risico met € 110 (het gemiddelde eigen risico steeg met € 63, zie het antwoord op vraag 759). Deze stijging is destijds volledig gecompenseerd voor mensen met lage inkomens via de zorgtoeslag. Bij de normale indexatie van het eigen risico, gebaseerd op de stijging van de Zvw-uitgaven, wordt de gemiddelde stijging van het eigen risico gecompenseerd voor mensen met lage inkomens via de zorgtoeslag. Bovendien bekijkt het kabinet jaarlijks in augustus of de verwachte uitgaven die burgers moeten doen aan zorg in proportie zijn met andere uitgaven en of dit acceptabel is voor de ontwikkeling van de koopkracht van verschillende groepen mensen.

Vraag 765

Hoeveel betalen modale inkomens bij ongewijzigd beleid aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2015 en 2020?

Antwoord 765:

Onderstaande tabel laat voor de jaren 2010 en 2015 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 en een inkomen van € 100.000. Deze tabel geeft daardoor ook het antwoord op de vragen 766 en 767.

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 (60%) en indirecte belasting (40%).

Voor het jaar 2020 zijn niet alle cijfers bekend, daarom is het jaar 2017 toegevoegd. Er is nog niet bekend hoe hoog de zorguitgaven zijn en er is nog geen zicht op de grondslag van de premies.

Tabel zorgkosten als percentage van het bruto inkomen

	Alleenstaand	Kosten	Paar met kinderen	Kosten
Minimuminkomen	zorgkosten	als %	zorgkosten	als %
2010	€ 3.480	19%	€ 3.361	18%
2015	€ 3.573	18%	€ 3.997	21%
2017	€ 3.384	17%	€ 3.876	19%
Modaal				
2010	€ 7.268	22%	€ 8.854	25%
2015	€ 7.668	22%	€ 8.861	25%
2017	€ 7.635	21%	€ 8.977	24%
2x Modaal				
2010	€ 8.753	13%	€ 9.415	14%
2015	€ 10.695	15%	€ 11.852	17%
2017	€ 10.993	15%	€ 12.291	17%
€ 100.000				
2010	€ 9.927	10%	€ 15.691	16%
2015	€ 12.076	12%	€ 17.199	17%
2017	€ 12.163	12%	€ 16.940	17%

Vraag 766

Hoeveel betalen minimuminkomens bij ongewijzigd beleid aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2015 en 2020?

Antwoord 766:

Zie het antwoord op vraag 765.

Vraag 767

Hoeveel betalen hoge inkomens bij ongewijzigd beleid aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2015 en 2020?

Antwoord 767:

Zie het antwoord op vraag 765.

Vraag 768

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 768:

De eigen betalingen (eigen bijdragen Wlz plus eigen risico Zvw) bedragen in 2016 gemiddeld € 370 en in 2017 € 367. Als percentage van het besteedbaar inkomen van een eenpersoonshuishouden met een minimum inkomen is dat in 2016 2,2% en in 2017 2,1%. Als rekening wordt gehouden met de zorgtoeslag, die mede dient ter gedeeltelijke compensatie van het eigen risico, dan wordt dit percentage in beide jaren 1,2%.

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

Vraag 769

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 769:

Zie het antwoord op vraag 164.

Vraag 770

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 770:

De eigen betalingen (eigen bijdragen Wlz plus eigen risico Zvw) bedragen in 2016 gemiddeld € 370 en in 2017 € 367. Als percentage van het besteedbaar inkomen van een tweeverdienershuishouden met een hoog inkomen is dat zowel in 2016 als 2017 0,6% (bij 2 x modaal) à 0,7% (bij € 100.000).

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

Vraag 771

Kan inzichtelijk worden gemaakt wat iemand in de volgende situaties in de periode 2012–2017 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 771:

In onderstaande tabel staat wat de gevraagde groepen in de periode 2012 tot en met 2017 aan zorg hebben betaald (hierin is meegenomen de gemiddelde nominale premie, het gemiddeld eigen risico, de zorgtoeslag, de IAB, de premie Wlz en de belastingen ter financiering van de begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alleenstaande met minimumloon	€ 3.707	€ 3.722	€ 3.588	€ 3.573	€ 3.393	€ 3.384
Alleenstaande modaal	€ 7.575	€ 7.705	€ 7.886	€ 7.668	€ 7.593	€ 7.638
Alleenstaande 2 x modaal	€ 10.414	€ 10.809	€ 10.707	€ 10.693	€ 11.028	€ 10.995
Alleenverdiener met minimumloon	€ 3.796	€ 3.832	€ 3.815	€ 3.997	€ 3.840	€ 3.876
Alleenverdiener modaal	€ 7.656	€ 7.909	€ 8.522	€ 8.861	€ 8.863	€ 8.977
Tweeverdiener 2 x modaal	€ 10.633	€ 10.862	€ 11.652	€ 10.978	€ 10.838	€ 10.860

Vraag 772

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 772:

Zie het antwoord op vraag 719.

Vraag 773

Als tabel 15 wordt vergeleken met diezelfde tabellen uit voorgaande begrotingen/jaren blijkt dat er nogal verschillen zijn in de bedragen voor de AWBZ/WLZ. Kan een cijfermatige toelichting op deze verschillen worden gegeven?

Antwoord 773:

In de onderstaande tabel zijn de netto-AWBZ/Wlz-uitgaven uit de begrotingen 2015 (tabel 24), 2016 (tabel 20) en 2017 (tabel 15) vergeleken. Hieruit blijkt dat de netto- AWBZ/Wlz uitgaven voor de jaren 2013 tot en met 2016 verschillen vertonen. De reden hiervoor is dat de zorguitgaven voor de jaren 2013 tot en met 2016 nog niet definitief zijn vastgesteld.

Ontwikkeling van de netto-Wlz/AWBZ-uitgaven 2005–2017 (bedragen x € 1 miljoen)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ¹	2011	2012	2013	2014	2015 ²	2016	2017
Netto-Wlz/ AWBZ-uitgaven 2015	20.418	21.201	21.235	20.188	21.627	22.657	23.600	26.168	25.612	26.123	17.719		
Netto-Wlz/ AWBZ-uitgaven 2016		21.201	21.235	20.188	21.627	22.657	23.603	26.169	25.523	25.846	17.959	18.051	
Netto-Wlz/ AWBZ-uitgaven 2017			21.235	20.188	21.627	22.657	23.603	26.169	25.537	25.835	18.050	17.997	18.209
Verschillen 2016 t.o.v. 2015	n.v.t.	0	0	0	0	0	3	1	- 89	- 277	241	n.v.t.	n.v.t.
Verschillen 2017 t.o.v. 2016	n.v.t.	n.v.t.	0	0	0	0	0	0	14	- 10	91	- 54	n.v.t.

¹ Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het BKZ is toegerekend

² Ingaande 2015 is de Wet langdurige zorg in werking getreden

Bron: VWS actuele stand OW 2017

Vraag 774

Kan de tabel in figuur 7 worden uitgesplitst in percentages Zvw en Wlz?

Antwoord 774:

In de onderstaande tabel zijn de procentuele bijstellingen van figuur 7 verder uitgesplitst in Zvw en AWBZ/Wlz.

Procentuele bijstellingen van de netto-Zvw en AWBZ/Wlz-uitgaven 2005–2015

	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ¹	2011	2012	2013	2014	2015 ²
Procentuele bijstelling Zvw en AWBZ/Wlz figuur 7	0,7%	0,3%	- 0,6%	1,5%	- 0,1%	1,4%	- 0,9%	0,5%	- 0,6%	- 1,1%	- 0,2%
Procentuele bijstelling Zvw	1,1%	0,5%	- 0,7%	2,9%	0,6%	2,8%	- 1,5%	1,0%	- 0,9%	- 1,9%	- 0,3%
Procentuele bijstelling AWBZ/Wlz	0,2%	0,1%	- 0,5%	- 0,4%	- 1,2%	- 0,7%	0,0%	- 0,1%	- 0,3%	0,0%	0,0%

¹ Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het BKZ is toegerekend.

² Ingaande 2015 is de Wet langdurige zorg in werking getreden.

Bron: VWS actuele stand OW 2017

Vraag 775

Uit de tabel blijkt dat de geraamde uitgaven voor de AWBZ/Wlz inderdaad hoger zijn dan werd voorgesteld bij de behandeling van de Wlz in 2014. In hoeverre heeft dit invloed gehad op de ramingen van de Wlz?

Antwoord 775:

De in de tabel gepresenteerde uitgavencijfers betreffen voor overhevelingen gecorrigeerde cijfers, met als doel de ontwikkelingen van de uitgaven te presenteren exclusief het effect van die overhevelingen. Uit de

tabel valt om die reden niet af te leiden dat de geraamde uitgaven voor de AWBZ/Wlz hoger zijn dan werd voorgesteld bij de behandeling van de Wlz in 2014.

Overigens zij hier opgemerkt dat in paragraaf 5.2 *Horizontale groeiontwikkeling van de zorguitgaven 2013–2017* een fout is geslopen. De reële groei van de zorguitgaven had moeten worden berekend met pBBP in plaats van met pBNP. Dit zijn twee inflatiebegrippen die cijfermatig dicht bij elkaar liggen, maar iets verschillen waardoor ook de groeicijfers achter de komma iets anders uit pakken. De (kleine) correcties zijn in onderstaande tabel opgenomen.

Correctie begroting 2017

Pagina	Figuur	Reële groei 2016		Reële groei 2017		
		Was	wordt	Was	wordt	
187	8	1,50%	1,60%	1,30%	1,20%	Reële groei totale zorguitgaven
188	9	2,80%	3,00%	2,30%	2,20%	Reële groei Zvw-uitgaven
189	10	0,30%	0,40%			Reële groei Wlz-uitgaven

Vraag 776

Hoeveel huisartsen hebben in 2016 geen contract afgesloten met de zorgverzekeraars?

Antwoord 776:

Deze cijfers zijn bij mij nog niet bekend. In het eerste kwartaal van 2017 levert de NZa de marktscan eerstelijnszorg op. Hierin zullen de gevraagde cijfers ook worden geleverd.

Vraag 777

Welke kosten en besparingen zijn gemoeid met het opnemen van fysiotherapie in het basispakket voor mensen met reumatische aandoeningen?

Antwoord 777:

Ik heb het Zorginstituut verzocht mij te adviseren of vergoeding uit het Zvw-pakket van de eerste behandelingen fysiotherapie bij reumatoïde aandoeningen leidt tot substitutie van zorg en meer gepast gebruik van zorg. Ik verwacht dit rapport begin 2017 en zal u dan informeren over de kosten en besparingen die mogelijk gemoeid zijn met opnemen van fysiotherapie in het basispakket voor mensen met reumatoïde aandoeningen.

Vraag 778

Wat is er tot dus ver bekend over de forse uitval van productieve zintuiglijke gehandicapten die de zorgaanbieders constateren? Welke gevolgen heeft dit voor mensen die zintuiglijk gehandicapt zijn?

Antwoord 778:

Ik heb, in overleg met betrokken partijen, Significant opdracht gegeven om de ontwikkeling alsmede de oorzaken en effecten voor de zintuiglijke gehandicaptenzorg te analyseren. Ik verwacht u hier dit jaar over te informeren.

Vraag 779

Welke overhevelingen worden in de komende periode nog meer verwacht naast ruxolitinib?

Antwoord 779:

Mede op basis van de evaluatie van de overheveling in april 2016 (zie brief Kamerstuk 29 477, nr. 370) heeft de Minister besloten op dit moment geen verdere overhevelingen uit te voeren.

Vraag 780

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 780:

Besluitvorming over het concentreren of afstoten van afdelingen en/of specialismen behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders in nauw overleg met de zorgverzekeraars in de betreffende regio. Ik ga daar niet over en heb ook geen totaaloverzicht over alle lopende ontwikkelingen die in de vraag worden genoemd.

Vraag 781

Hoeveel en welke ziekenhuisfusies hebben plaatsgevonden de afgelopen 10 jaar?

Antwoord 781:

In de periode tussen 2007 en 11 oktober 2016 heeft de ACM in haar concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet 20 voorgenomen ziekenhuisfusies goedgekeurd. Dit betreffen:

- Medisch Centrum Alkmaar – Gemini Ziekenhuis
- Laurentius Ziekenhuis Roermond – St. Jans Gasthuis
- St. Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen – Medisch Centrum Rijnmond Zuid
- St. Lucas – Algemeen Ziekenhuis Delfzicht
- St. Lucas Andreas Ziekenhuis – Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Spaarne Ziekenhuis – Kennemer Gasthuis
- TweeSteden Ziekenhuis – St. Elisabeth Ziekenhuis
- Orbis – Stichting Atrium Medisch Centrum Parkstad
- Vlietland Ziekenhuis – Sint Franciscus Gasthuis
- Ziekenhuis Nij Smellinghe – Zorggroep Pasana
- Zorggroep Leveste Middenveld – Ziekenhuis Refaja
- HagaZiekenhuis – Reinier de Graaf Groep
- Lievensberg Ziekenhuis – St. Franciscus Ziekenhuis
- Sint Antonius Ziekenhuis – Zuwe Hofpoort Ziekenhuis
- Bronovo – Medisch Centrum Haaglanden
- Kwadrantgroep – Antonius Zorggroep – Ziekenhuis Nij Smellinghe/ Zorggroep Pasana
- Isala Klinieken – Zorgcombinatie Noorderboog
- Rijnland Zorggroep – Diaconessenhuis Leiden
- Universitair Medisch Centrum Groningen – Stichting de De Ommelander Ziekenhuis Groep
- Reinier Haga Groep – 't Lange Land Ziekenhuis.

Vraag 782

Wat zijn de meest recente cijfers over babysterfte in Nederland?

Antwoord 782:

Ik heb u in maart 2016 de laatste cijfers (over 2014) toegestuurd (Kamerstuk 32 279, nr. 82). In december 2016 zullen de cijfers over 2015 verschijnen.

Vraag 783

Zijn er ten opzichte van andere jaren wijzigingen in de aanrijtijd van ambulances bij acute problematiek of bij zwangerschap bij vrouwen?

Antwoord 783:

Ambulance zorg Nederland (AZN) houdt responstijden bij en publiceert die jaarlijks in «Ambulances in-zicht». Hierbij wordt niet gedifferentieerd naar verschillende medisch specialismen, zoals «zwangerschap bij vrouwen». De totale responstijd van een inzet betreft de tijd tussen het aannemen van de telefoon door de centralist van de meldkamer ambulancezorg tot en met de aankomst van de ambulance bij de patiënt. Aan de responstijd van A1-inzetten zijn, onder normale omstandigheden, normen verbonden. Een ambulance dient – in geval van een inzet met A1-urgentie – binnen vijftien minuten nadat de centralist van de meldkamer ambulancezorg de telefoon heeft aangenomen aanwezig te zijn.

Vooruitlopend op de nieuwste publicatie van «Ambulances in-zicht 2015», heeft AZN een factsheet gepubliceerd over de landelijke responstijden. Van alle A1-inzetten die in 2015 werden uitgevoerd, was de ambulance in 93,5% binnen vijftien minuten na het begin van de melding bij de patiënt aanwezig. Dit is gelijk aan de landelijke gemiddelde responstijd in 2014 en een verbetering ten opzichte van 2013, toen het percentage 92,6% was.

Vraag 784

Hoeveel klinische verloskunde afdelingen zijn de afgelopen 10 jaar gesloten, en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord 784:

Uit de meest recente bereikbaarheidsanalyse van het RIVM blijkt dat er op dat moment (februari 2016) sprake was van 81 ziekenhuislocaties met aanbod van acute verloskunde. In 2000 waren er 115 ziekenhuislocaties met een verloskunde afdeling. Het gaat veelal om concentratie van meerdere locaties in één stad naar één of twee locaties per stad. Ik beschik niet over een overzicht welke ziekenhuizen dit betreft.

Vraag 785

Hoeveel VSV's werken er momenteel met een integrale bekostiging?

Antwoord 785:

De beleidsregel integrale bekostiging geboortezorg kan per 1 januari 2017 wordt gekozen. Momenteel werkt er daarom nog geen enkel verloskundig samenwerkingsverband (vsv) met deze beleidsregel. Via de beleidsregel innovatie lopen twee experimenten met een vorm van integrale bekostiging.

Vraag 786

Hoeveel vrouwen kiezen voor een geboorte in het ziekenhuis om geen eigen bijdrage hoeven te betalen?

Antwoord 786:

Er bestaat geen eigen betaling voor een thuis- of een ziekenhuisbevalling; wel voor een poliklinische bevalling zonder zorggerelateerde indicatie. Er is mij niet bekend of en zo ja hoeveel vrouwen kiezen voor een geboorte in het ziekenhuis om geen eigen bijdrage te hoeven betalen.

Vraag 787

Hoeveel poliklinieken bestaan thans waar zorg wordt verleend die een eerstelijns karakter heeft («pretpoli's»). Wat is het verschil met 2015?

Antwoord 787:

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. Zie ook het antwoord op vraag 788.

Vraag 788

Wat zijn de totale kosten van pretpoli's en hoeveel kan worden bespaard wanneer deze zorg wordt verplaatst naar de eerste lijn?

Antwoord 788:

Er zijn geen aparte DBC's voor zorg van «pretpoli's» en de kosten ervan zijn dus niet in te schatten.

Vraag 789

Is het aantal spoedeisende hulpposten (SEH's) in 2016 gewijzigd ten opzichte van 2015? Zo ja, wat is het verschil?

Antwoord 789:

Op 29 maart 2016 heb ik uw Kamer geïnformeerd over een door het RIVM uitgevoerde bereikbaarheidsanalyse van SEH's (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 158). Uit deze analyse blijkt dat er in 2015 90 SEH's met 24/7 uren openstelling waren. Ten opzichte van september 2014 was er één spoedeisende hulplocatie gesloten. Dit betrof een concentratie van de spoedeisende hulp van de Haga-ziekenhuizen in de regio Den Haag. Informatie over het aantal SEH's in 2016 zal naar verwachting rond de zomer van 2017 beschikbaar komen.

Vraag 790

Hoeveel patiëntenstops hebben welke ziekenhuizen dit jaar afgekondigd?

Antwoord 790:

Hier worden landelijk geen gegevens over bijgehouden, zie ook mijn antwoord op vraag 806.

Vraag 791

Hoe hoog is de overhead in de ziekenhuissector, en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord 791:

Uw vraag heb ik beantwoord in de brief van 28 oktober 2015 in reactie op de schriftelijke vragen bij de VWS begroting 2016 (ks 3430 XVI, nr. 12). Op basis van gegevens van het CBS is het aandeel van de overheadkosten bij ziekenhuizen 20%. Het is mij niet bekend hoeveel hierop bezuinigd kan worden.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2015/10/28/>

antwoordbrief-schriftelijke-vragen-bij-de-vws-ontwerpbegroting-2016

Vraag 792

Hoe hoog is de bureaucratie in de ziekenhuissector, en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord 792:

Uw vraag heb ik beantwoord in de brief van 28 oktober 2015 in reactie op de schriftelijke vragen bij de VWS begroting 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 12).

Vraag 793

Hoe hoog is de verspilling in de ziekenhuissector en hoeveel kan hierop bezuinigd worden?

Antwoord 793:

Aanpak van verspilling is onderdeel van de hoofdlijnenakkoorden. Daarmee draagt het terugdringen van verspilling bij aan het behalen van de groeibeperking uit het huidige akkoord.

Vraag 794

Kan een uitgebreide toelichting worden gegeven op de twee enveloppen Ouderenzorg en Gehandicaptenzorg die worden genoemd op de pagina's 208 en 209 waarbij gesproken wordt over compensatie RA-maatregel kern AWBZ in 2016?

Antwoord 794:

Deze vraag heeft betrekking op de pagina's 208 en 209 in de ontwerpbegroting 2016. Bij de beantwoording van de schriftelijke vragen over de VWS-begroting 2016 is een uitgebreide toelichting gegeven op enveloppe waarmee de RA-maatregel kern AWBZ in 2016 is gecompenseerd. Zie daartoe de antwoorden op de vragen 499, 501 en 512 bij de begroting 2016 (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 12).

Vraag 795

Hoeveel zit er totaal in de compensatie RA-maatregel kern AWBZ?

Antwoord 795:

Deze vraag heeft betrekking op de pagina's 208 en 209 in de VWS begroting 2016. In de begroting 2016 is het schrappen van de efficiency-taakstelling op de kern AWBZ (lees: Wlz) verwerkt. Hierbij ging het om een bedrag van € 45 miljoen in 2016. In de VWS Ontwerpbegroting 2017 is vervolgens het structureel terugdraaien van de efficiencytaakstelling op de Wlz van € 500 miljoen vanaf 2017 verwerkt. Zie onder meer bladzijde 166.

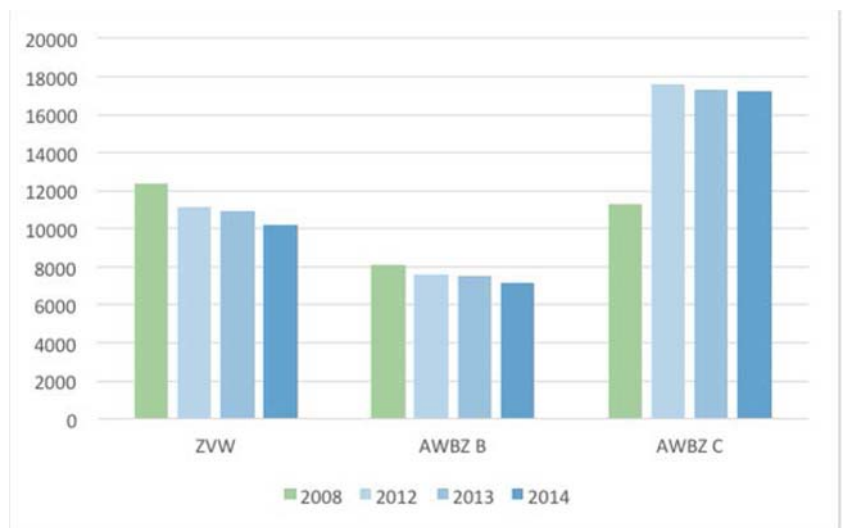
Vraag 796

Hoeveel bedden in de GGZ in totaal zijn er sinds het aantreden van de kabinetten Rutte I en II verdwenen? 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 796:

U kunt deze gegevens vinden in het rapport Landelijke Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ (Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 150). In Tabel 3.1. wordt de capaciteit weergegeven van het aantal bedden in de GGZ, zonder nadere specificatie over de jaren 2008–2014.

Figuur 3.1 Nederlandse intramurale GGZ capaciteit, in plaatsen (Monitor Ambulantisering 2015)



Het aantal bedden/plaatsen in de vrouwenopvang is onbekend.

Vraag 797

Hoe groot is de toename van verwarde personen in de samenleving sinds het aantreden van het kabinet Rutte I?

Antwoord 797:

Het Aanjaagteam verwarde personen heeft onderzoek uitgezet naar aard en omvang van de problematiek. Zij concludeert dat er trends te zien zijn die wijzen op een toename van mensen met verward gedrag, 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. Dit komt onder andere omdat beschikbare studies vaak niet representatief zijn, 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. Het Aanjaagteam twijfelt aan de meerwaarde van een dergelijk onderzoek. De landelijke omvang zegt weinig over de ernst van de situatie en de behoefte aan zorg en ondersteuning van de personen met verward gedrag.

Vraag 798

Kunt u een overzicht geven van alle plussen en minnen uit de begroting 2017 met betrekking tot het ggz?

Antwoord 798:

Ontwikkeling geneeskundige GGZ uitgaven

	2015	2016	2017	2018	2019 en verder
<i>Ontwerpbegroting 2016</i>	3.587,0	3.779,0	3.886,3	3.839,7	3.839,7
– loon en prijs bijstelling 2016		57,9	59,6	59,7	59,7
– kwaliteitsmiddelen cggz (overheveling naar begroting)		– 2,5	– 7,5	– 4,0	
– bijstelling raming overheveling ggz-b	– 22,3	– 73,7	– 99,2	– 101,5	– 101,5
– bijdrage stringent pakketbeheer		– 25,0	– 25,0	– 25,0	– 25,0
– orthocommunicatieve behandeling			2,0	2,0	2,0
– substitutie schuif ggz-haz			– 8,3	– 8,3	– 8,3
<i>Ontwerpbegroting 2017¹</i>	3.564,7	3.735,7	3.807,9	3.816,6	3.820,6

¹ door afrondingsverschillen wijkt de optelling vanaf 2017 af van de som van de afzonderlijke onderdelen.

Vraag 799

Kunt u een overzicht geven van de bezuinigingen die sinds 2008 t/m heden op de GGZ hebben plaatsgevonden?

Antwoord 799:

Sinds 2008 hebben de volgende bezuinigingen op de geneeskundige GGZ plaatsgevonden en zijn bijgaande budgettaire bedragen hiervoor ingeboekt:

Maatregel	Bedrag (x € 1 miljoen)
2010	119
Tariefmaatregel	
2011	35
Verleggen van patiëntenstromen	
2012: RA en begroting 2012 totaal	388
Aanpassingsstoornis uit het pakket	83
Eigen bijdragen (invoering eigen bijdrage verblijf en tweede lijns ggz, verhogen eigen bijdrage eerste lijn) ¹	162
Tariefmaatregel langdurige dbc's boven 18.000 minuten ¹	26
Korting budget en tarief	222

Maatregel	Bedrag (x € 1 miljoen)	
Scherpere inkoop door verzekeraars	53	
Van acht naar vijf zittingen in de eerste lijn	10	
Zelf betalen no show	20	
2016		25
Stringent pakketbeheer		

¹ Deze incidentele, later teruggedraaide, bezuinigingen (eigen bijdragen en tariefmaatregel langdurige dbc's, totaal € 188 miljoen) zijn niet in het totaal (€ 388 miljoen) meegenomen.

Daarnaast zijn er akkoorden gesloten waarbij er vanaf 2013 groeifspraken zijn gemaakt met de ggz sector. Hiervoor is ingeboekt een bedrag van € 75 miljoen voor 2013 en € 100 miljoen vanaf 2014.

Vraag 800

Hoe verhoudt de opbouw van ambulante voorzieningen zich tot de afbouw van instellingsplaatsen?

Antwoord 800:

Uit de Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ blijkt dat in 2014 het aantal plaatsen in de intramurale GGZ met een zesde is afgenomen ten opzichte van 2008. Het aantal ambulante contacten van de GGZ is in de afgelopen decennia voortdurend gegroeid. Een deel van die groei heeft te maken met een toenemend aantal cliënten, een deel ook op een geleidelijke intensivering van de zorg. Het aantal ambulante Zvw-clieënten is tussen 2013 en 2014 licht gestegen. Binnen de gespecialiseerde GGZ heeft een gedeeltelijke intensivering van de ambulante zorg plaatsgevonden.

Vraag 801

Wat is de ontwikkeling van het aantal patiënten dat in het ziekenhuis wordt behandeld voor de jaren 2006 tot en met 2016?

Antwoord 801:

Zie het antwoord op vraag 802.

Vraag 802

Wat is de ontwikkeling van de kosten per behandelde patiënt in ziekenhuizen voor de jaren 2006 tot en met 2016?

Antwoord 802:

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 2006–2014 van € 15,3 miljard naar € 21,9 miljard. Laatstgenoemd bedrag is exclusief de uitgaven voor geriatrische revalidatiezorg die vanaf 2013 onder de Zvw vallen, maar inclusief de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuiskader vanaf 2012 (oplopend tot € 0,8 miljard per jaar). In het in juni 2016 verschenen rapport van Performance «Trendanalyse productiviteit Nederlandse Ziekenhuiszorg» wordt een belangrijke ontwikkeling blootgelegd, namelijk dat ziekenhuizen in 2015 ten opzichte van 2012 aan minder patiënten complexere zorg leveren.

Om een inschatting te maken van het aantal behandelde patiënten, is het percentage van het aantal verzekerden dat gebruik maakt van medisch-specialistische zorg (bron: www.10jaarzvw.nl) afgezet tegen het aantal verzekerden (volgens opgave van het Zorginstituut Nederland).

Op basis van deze gegevens kan de volgende ontwikkeling worden geschetst:

Jaar	Aantal verze-kerden	Percentage van aantal verze-kerden dat gebruik maakt van MSZ-zorg	Uitgaven tweede-lijnszorg x € 1 miljoen	Uitgaven tweedelijnszorg per patiënt x € 1
A	B	C	D	E=D/(B*C) x € 1 miljoen
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	55,3%	16.820,4	1.858
2009	16.444.969	56,4%	18.240,0	1.967
2010	16.519.089	56,8%	19.252,6	2.052
2011	16.615.239	57,9%	19.314,1	2.008
2012	16.694.574	57,7%	20.728,9	2.152
2013	16.751.863	56,2%	21.852,0	2.321
2014	16.793.515	56,5%	21.892,1	2.307
2015	16.855.609		21.601,8	
2016	16.910.920		22.537,3	

Vraag 803

Hoe komt het dat in 2017 201 miljoen euro meer geraamd wordt aan geneesmiddelenuitgaven dan in 2016, en de jaren erop de geneesmidde-
lenuitgaven vrijwel gelijk blijven, zelfs vanaf 2018 licht dalen?

Antwoord 803:

In de raming is op dit moment nog geen rekening gehouden met de autonome groei van de geneesmiddelenuitgaven vanaf 2018. Dit is de groei die verwacht kan worden bij ongewijzigd beleid. De ramingsbij-
stelling hiervoor vindt plaats bij de Begroting 2018.

Vraag 804

Hoe zit het met de middelen die oplopen naar bijna 50 miljoen euro in verband met passend onderwijs?

Antwoord 804:

Voor vragen over passend onderwijs verwijs ik u naar mijn collega van OCW.

Vraag 805

Wat houdt de post «extrapolatie» van 5,5 miljoen euro in 2021 bij wijkverpleging in?

Antwoord 805:

Dit betreft de oploop in 2021 van de Regeerakkoordmaatregel «Geen aanspraak op begeleiding, budget 75% naar gemeenten, overheveling persoonlijke verzorging» op het kader wijkverpleging.

Vraag 806

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 806:

Hier worden landelijk geen gegevens over bijgehouden. Naar aanleiding van de «Brandbrief regionale spoedzorg – de rek is eruit» van TraumaNet AMC van 19 mei jongstleden, heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) onderzocht of er vergelijkbare problematiek speelt in de andere tien acute zorg regio's (ROAZen). Zoals in mijn brief Aanpak acute zorgketen van 5 oktober jongstleden aangegeven, stelt de LNAZ dat de ROAZen verschillende van de door TraumaNet AMC gesignaleerde ontwikkelingen herkennen, maar dat er in de regio's geen beperkingen

bestaan in de toegang tot de direct noodzakelijke acute zorg. Ook in geval van «stops» (een verzoek aan de meldkamer om een SEH te ontzien) is een vitaal bedreigde patiënt altijd welkom. Het LNAZ concludeert verder dat het aantal «stops» in randstedelijk gebied groter is dan in de rest van Nederland.

Vraag 807

Hoe vaak is passend (ambulance)vervoer ingezet voor mensen met verward gedrag of acute ggz problematiek? Hoe vaak was dat in 2010 t/m 2016?

Antwoord 807:

In Ambulances in zicht, de jaarlijkse publicatie van Ambulancezorg Nederland, zijn gegevens over de inzet van ambulancevervoer te vinden. De doelgroepen «verwarde personen» en «(acute) ggz» worden hierin niet onderscheiden

Vraag 808

Kan worden geduid waarom de grensoverschrijdende zorg met 50 miljoen euro is gestegen?

Antwoord 808:

De kosten voor grensoverschrijdende zorg nemen volgens de begroting voor 2017 met circa € 85 miljoen toe tussen 2015 en 2016. Ik neem aan dat de vragensteller naar deze toename verwijst. Zie hiervoor het antwoord op vraag 757.

Vraag 809

De sector nominaal en onverdeeld bevat de nog niet toebedeelde maatregelen, de nog niet uitgedeelde groei­ruimte en loon- en prijsbijstellingen. Klopt het dat de groei­ruimte voor 2017 volgens de NZa 50 miljoen euro is?

Antwoord 809:

Nee. De NZa heeft op grond van de voorlopige kaderbrief van VWS (Kamerstuk 34 104, nr. 130) de beschikbare groei­ruimte van € 250 miljoen voor 2017 in twee delen gesplitst. Een bedrag van € 50 miljoen is door de NZa in augustus verdeeld over de zorgkantoren. Een bedrag van € 200 miljoen is op dit moment nog niet door de NZa verdeeld, maar is conform de voorlopige kaderbrief gereserveerd als herverdelingsmiddelen. Ik zal de NZa, zoals gebruikelijk, verzoeken mij eind mei 2017 te adviseren over de verdeling van deze herverdelingsmiddelen. De totale groei­ruimte voor 2017 blijft daarbij evenwel € 250 miljoen.

Het bedrag van € 50 miljoen is dus een interpretatie van de groei­middelen die bij aanvang beschikbaar zijn voor de zorgkantoren. De totale groei­ruimte 2017 bedraagt evenwel € 250 miljoen.

Vraag 810

Sinds 2012 komt er steeds minder geld voor de groei­ruimte voor de Wlz. Was de groei­ruimte in 2012 nog 413 miljoen euro, voor 2013 was dit nog maar 325 miljoen euro, voor 2014 225 miljoen euro, voor 2015 140 miljoen euro, voor 2016 nog maar 90 miljoen euro en voor 2017 is het dus weer minder, namelijk 50 miljoen euro. De zorgkosten binnen de AWBZ/WLz stijgen dus steeds minder en dat is dus niet te danken aan maatregelen die genomen worden, maar door gewoon boekhouden. Wat doet dit met het mantra dat alle bezuinigingen nodig waren om de stijgende zorgkosten te beteugelen?

Antwoord 810:

De maatregelen die het kabinet heeft afgesproken in het regeerakkoord (en daarna deels heeft verzacht) waren nodig om de zorguitgaven te beheersen. Dat is van algemeen belang in verband met de houdbaarheid van de overheidsfinanciën.

De constatering omtrent de beschikbaar gestelde middelen voor groei in de Wlz is niet juist. De Wlz is ingevoerd op 1 januari 2015. De groei ruimte voor het Wlz-kader bij aanvang van 2015 bedroeg € 240 miljoen¹⁰. Gedurende het jaar heb ik het beroep op de Wlz gemonitord en mede op grond van advies van de NZa het Wlz-kader voor 2015 met € 265 miljoen verhoogd van oorspronkelijk € 17.605 miljoen naar € 17.870 miljoen.¹¹ Hiervan betrof € 60 miljoen een technische correctie in verband met de brutoering van het pgb en € 5 miljoen een beleidsmatige bijstelling. Bovenop de oorspronkelijke groei ruimte heeft het kabinet dus voor het jaar € 200 miljoen aan extra volume middelen beschikbaar gesteld (€ 265 miljoen minus € 60 miljoen brutoering pgb minus € 5 miljoen beleidsmatige effecten) in verband met de stijgende zorgvraag. Per saldo bedroeg de groei ruimte voor het jaar 2015 daarmee € 440 miljoen (€ 240 miljoen plus € 200 miljoen).

Voor het Wlz-kader 2016 was aanvankelijk een groei ruimte beschikbaar van € 250 miljoen¹². Die groei ruimte heb ik bij aanvang van het jaar verdeeld over zorg in natura (€ 90 miljoen), pgb (€ 110 miljoen) en herverdelingsmiddelen (€ 50 miljoen). Bovenop de beschikbaar gestelde groei middelen van € 250 miljoen voor 2016 heb ik via mijn brief van 20 september naar aanleiding van het aanvullend advies van de NZa het Wlz-kader met € 166 miljoen verhoogd¹³. Daarmee komt de totale groei ruimte voor de Wlz in 2016 dus uit op € 416 miljoen (€ 250 miljoen plus € 166 miljoen).

Voor het Wlz-kader 2017 heb ik in de voorlopige kaderbrief¹⁴ een groei ruimte beschikbaar gesteld van € 250 miljoen. Binnenkort stuur ik u de definitieve kaderbrief Wlz 2017.

Vraag 811

Waarom wordt de 500 miljoen euro aan geschrapt Wlz-taakstelling vanaf 2017 besteed, en hoeveel hiervan slaat er neer in de ouderen- resp. de gehandicaptenzorg?

Antwoord 811:

Zie het antwoord op vraag 579.

Vraag 812

Op de ouderenzorg komt er 248,6 miljoen euro bij i.v.m. het schrappen van de taakstelling. Als daar de 151,4 van de gehandicaptenzorg (blz 227) bij opgesteld wordt is dat 400 miljoen euro. Waar staat de resterende 100 opgenomen (en uitgesplitst)?

Antwoord 812:

Het resterende bedrag van € 100 miljoen wordt gedekt door meevallers binnen de Wlz. De meevaller van € 100 miljoen is niet expliciet zichtbaar in de begroting, aangezien deze 1-op-1 is ingezet als dekking voor het terugdraaien van de taakstelling.

¹⁰ Kamerstuk 33 891, nr. 173, bladzijde 3.

¹¹ Regeling langdurige zorg, artikel 8.1.

¹² Kamerstuk 34 104, nr. 74, blz 4 onder kopje «1.2 Groei ruimte 2016».

¹³ Kamerstuk 34 104, nr. 139.

¹⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 130.

Vraag 813

Kunt u concreet aangeven wanneer de Kamer geïnformeerd zal worden over de motie van de leden Otwin Van Dijk en Potters over een maximale aanleveringstermijn voor gemeenten, nu het zomerreces achter de rug is?

Antwoord 813:

De Tweede Kamer is over deze motie geïnformeerd in de brief van 12 september jl. (Kamerstuk 29 538, nr. 227).

Vraag 814

Waarom wordt de motie Agema c.s. over vertalen van de uitkomsten van het Experiment Regelarme Instellingen in concrete doelstellingen, niet meegenomen voor 2017, en komt het kabinet pas voor de zomer van 2017 met een brief?

Antwoord 814:

Over de eindevaluatie van het experiment regelarme instellingen (ERAI) is de Tweede Kamer bij brief van 15 juni jl. geïnformeerd (29 515 nr. 388). In het AO en VAO van respectievelijk d.d. 6 en 7 juli jl. is aangegeven dat ERAI destijds betrekking had op de AWBZ en de lessons learned zijn meegenomen in de hervorming van de langdurige zorg en dat mede op basis van ERAI aanvullende maatregelen zijn genomen. Ook is hierbij toegezegd de Kamer over de voortgang van de aanpak administratieve lasten te informeren door middel van een tussenrapportage, en deze rapportage zo veel mogelijk te voorzien van concrete doelstellingen. Deze tussenrapportage wordt voor het einde van dit jaar aan uw Kamer verzonden.

Vraag 815

Welk deel van het in 2016 beschikbare budget van 19 miljoen euro voor de backpay is uitgegeven? Hoeveel mensen hebben in 2016 backpay ontvangen? Om welke bedragen gaat het? Heeft nu iedereen die recht heeft op backpay dit ook ontvangen? Zo nee, waarom is er geen budget gereserveerd voor de backpay op de begroting voor 2017?

Antwoord 815:

VWS heeft in 2016 een budget van in totaal € 19,8 miljoen aan de SVB toegekend voor 600 backpay uitkeringen (dit is inclusief uitvoeringskosten). Tot en met september 2016 heeft de SVB aan 528 personen een backpay-uitkering toegekend van € 25.000 netto. De bruto programma-uitgaven van de SVB bedragen daarmee € 16,5 miljoen. Ik zal u nader berichten oververlening van de backpay-regeling (zodat alle rechthebbers ruim gelegenheid hebben een aanvraag in te dienen). Vooralsnog is de verwachting dat het beschikbare budget zal volstaan.

Vraag 816

Kan de Minister toelichten wat de actuele stand van zaken rond de «sluis» rond dure geneesmiddelen is?

Antwoord 816:

Zie voor het antwoord vraag 335.

Vraag 817

Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of afgehaald vanaf 2006 t/m 2016?

Antwoord 817:

Bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 is besloten dat het verzekerde pakket van de Ziekenfondswet zoals dat eind 2005 gold, bepalend was voor de aard, inhoud en omvang van

het Zvw-pakket. Het Zvw-pakket 2006 was dan ook gelijk aan het ziekenfondspakket van ultimo 2005. Per 1 januari 2006 zijn er geen wijzigingen in het pakket aangebracht, geen uitbreidingen en ook geen beperkingen.

Ten aanzien van wijzigingen in de medisch-specialistische zorg dient te worden opgemerkt dat de omschrijving van de te verzekeren prestaties in de Zvw het mogelijk maakt dat het verzekerde pakket de medisch-inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen volgt. Hierdoor stromen nieuwe interventies en zorgvormen die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk «automatisch» het verzekerde pakket in. Daar tegenover staat dat verouderde interventies en zorgvormen die in de medische praktijk niet meer worden toegepast «automatisch» uit het basispakket verdwijnen, omdat deze niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk.

Omdat deze «automatische» in- en uitstroom in veel gevallen niet plaatsvindt op basis van uitspraken van het Zorginstituut, is het niet mogelijk hiervan een volledig beeld te geven. Wel zijn er in de medische wetenschap in brede zin de afgelopen 10 jaar veel ontwikkelingen geweest die ook impact hebben op het verzekerde pakket (van nieuwe dure geneesmiddelen, behandelingen zoals de Da Vinci robot, tot wijze van behandeling zoals de kijkoperaties). Behalve de in de vorige alinea bedoelde in- en uitstroom, vindt ook in- en uitstroom plaats op basis van politieke besluitvorming. In bijgaande drie tabellen is een overzicht hiervan opgenomen. Tabel 3 betreft de voorwaardelijk toegelaten behandelingen.

Tabel 1: Overzicht politiek besloten uitbreidingen basispakket 2007–2015

Jaar	Uitbreiding
2007	uitbreiding aantal zittingen psychotherapie
2008	jeugd tandzorg t/m 21 jaar
2009	dyslexiezorg aan kinderen t/m 12 jaar
2010	geen uitbreidingen basispakket
2011	– bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie – stoppen met roken
2012	geen uitbreidingen basispakket
2013	– brillenglazen voor kinderen met medische indicatie – vervallen minimum leeftijdsgrens van 6 jaar bij fluorideapplicatie blijvende gebitselementen – geriatrische revalidatie (overheveling uit AWBZ) – bruikleen hulpmiddelen (overheveling uit AWBZ)
2014	geen uitbreidingen basispakket
2015	– niet-invasieve prenatale test (NIPT) – zintuiglijk gehandicaptenzorg (overheveling uit AWBZ) – verpleging en verzorging zonder verblijf (overheveling uit AWBZ) – tweede en derde jaar intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (overheveling uit AWBZ)

Tabel 2: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2007–2015

Jaar	Beperking
2007	geen beperkingen basispakket
2008	geen beperkingen basispakket
2009	– slaapmiddelen – cholesterolverlagers – hulpmiddelen
2010	acetylcysteïne
2011	– antidepressiva – jeugd tandzorg boven 18 jaar – extracties – anticonceptie – fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening

Jaar	Beperking
2012	<ul style="list-style-type: none"> – fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen voor eigen rekening – fysiotherapie, beperking chronische lijst – maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik – stoppen met roken¹ – dieetadvisering¹ – eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen² – aanpassingsstoornissen
2013	<ul style="list-style-type: none"> – eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen – redressiehelm – beperking aantal terug te plaatsen embryo's bij ivf – vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder – paracetamol/codeïne
2014	geen beperkingen basispakket
2015	<ul style="list-style-type: none"> – jeugd-ggz, inclusief dyslexiezorg voor kinderen naar Jeugdwet (gefinancierd) – combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar

¹ Per 1 januari 2013 weer in basispakket opgenomen.

² Per 1 januari 2014 is deze beperking vervallen met de invoering van de generalistische basis ggz.

Tabel 3: Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2015

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2012	anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn
2013	<ul style="list-style-type: none"> – renale denervatie bij patiënten met therapieresistentie – behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie
2014	<ul style="list-style-type: none"> – het endoscopisch in plaats van chirurgisch behandelen van abscessen bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose – autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten (patiënten die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met o.a. TNF-alfa blokkers) met de ziekte van Crohn
2015	<ul style="list-style-type: none"> – het geneesmiddel Belimumab (Benlysta) bij een deel van de volwassen patiënten met Systemische Lupus erythematosus (SLE) – tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) bij patiënten met uitgezaaid melanoom in de laatste stadia – een bepaald type chemotherapie (HIPEC) ter preventie van uitzaaiingen in de buik bij bepaalde patiënten met darmkanker – borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie

Per 1 januari 2016 zijn er geen wijzigingen doorgevoerd in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (TK 29 689, nr. 615).

Vraag 818

Hoe wordt geborgd dat er in 2020 de nieuwe Wet ambulancezorg kan ingaan, en er niet nog meer verlenging en vertraging optreedt?

Antwoord 818:

In 2017 zal er meer informatie beschikbaar komen op basis waarvan een keuze kan worden gemaakt voor de nieuwe ordening van de ambulancezorg. Zo stelt het Zorginstituut in overleg met alle betrokken partijen een kwaliteitskader voor de spoedzorg vast. Dit kader zal meer richting kunnen geven aan de zorginkoop. Ook komt er in 2017 meer duidelijkheid over de reikwijdte van het multi-intake proces van de landelijke meldkamerorganisatie. Die duidelijkheid is nodig om te kunnen bepalen wat de rolverdeling tussen RAV en landelijke meldkamerorganisatie is. Informatie daarover is nodig om de beste ambulancezorgaanbieder in de regio's te kunnen selecteren. Ik verwacht dan ook dat het kabinet in 2017 kan starten met het wetgevingsproces, waardoor het zeer wel mogelijk is dat een nieuwe Wet ambulancezorg per 2020 in werking treedt.

Vraag 819

Hoeveel ouderen zijn er de laatste jaren mishandeld, en wat zijn de meest actuele cijfers?

Antwoord 819:

Er zijn geen actuele landelijke cijfers over ouderenmishandeling. De meest aangehaalde cijfers dateren van 1996. Om die reden heb ik het WODC gevraagd onderzoek te doen naar aard en omvang van ouderenmishandeling in Nederland. Hiervan zijn de resultaten begin 2018 beschikbaar. Daarnaast is voor het in kaart brengen van de specifieke problematiek omtrent financieel misbruik van ouderen een separaat traject gestart onder voorzitterschap van mevrouw Stuiveling.