

Vergaderjaar 2018–2019

35 200 XVI

Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018

Nr. 8

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 5 juni 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het Jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018 (Kamerstuk 35 200 XVI, nr. 1).

De Ministers en de Staatssecretaris hebben deze vragen beantwoord bij brief van 4 juni 2019. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Vraag 1

Wat heeft het langer thuiswonen (de maatregel extramuraliseren lichte zorgzwaartepakketten (ZZP's)) opgeleverd, dan wel gekost? Kunt u dit uitsplitsen in een tabel vanaf 2015 tot en met heden?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een beeld van de netto-besparingen door de maatregel «extramuraliseren ZZP 1 t/m 3». Deze lopen op tot € 200 miljoen in 2019 en € 235 miljoen structureel.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	structureel
Netto effect extramuralisering (bedragen x € 1 miljoen)	- 20	- 50	- 130	- 170	- 180	- 190	- 200	- 235

Vraag 2

Zijn er nog mensen met een indicatie ZZP 1, ZZP 2, ZZP 3? Zo ja, kunt u hier een overzicht van geven per zorgzwaarte?

Antwoord:

Ultimo 2018 hebben er nog ca. 5.500 cliënten een indicatie met een laag zzp in de verpleging en verzorging. In onderstaande tabel treft u de aantallen aan.

1 VV Beschut wonen met enige begeleiding	680
2 VV Beschut wonen met begeleiding en verzorging	1.735
3 VV Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	3.085
4 VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	35.060
5 VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	74.845
6 VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	31.350
7 VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	11.090
8 VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging / verpleging	2.575
9b VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	1.190
10 VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	105

Bron: CBS, Monitor Langdurige zorg

<https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40020NED/table?ts=1558714207697>

Vraag 3

Waarom zien we de onderschrijdingen op zorg niet terug in een daling van de zorgpremie?

Antwoord:

De zorguitgaven van zorgverzekeraars zijn ten opzichte van de begroting € 1,6 miljard lager uitgekomen. Verzekeraars voorzagen toen zij de premie vaststelden deze lagere uitgaven deels al, wat zich heeft geuit in een lagere nominale premie dan geraamd. Hiermee is de opbrengst van de nominale premie in 2018 € 0,9 miljard lager uitgekomen dan geraamd door VWS.

Dat de zorgpremies toch nog stijgen (zij het minder dan geraamd in de begroting) komt omdat bij de zorguitgaven ondanks de onderschrijdingen ook nog steeds sprake is van een stijging.

Een deel van de lagere uitgaven werd door de verzekeraars nog niet voorzien bij de premiestelling. Deze lagere uitgaven leiden in belangrijke mate tot een lagere reserveafbouw dan beoogd door de verzekeraars bij de premiestelling 2018. Aangenomen mag worden dat verzekeraars deze ruimte meenemen in hun premiestelling voor de komende jaren, waardoor zij de premiestijging die primair wordt veroorzaakt door stijgende zorgkosten enigszins kunnen mitigeren.

Vraag 4

Hoe verhoudt de groei van de zorguitgaven in Nederland zich tot de groei van de zorguitgaven in de landen om ons heen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nederland	9,5	10,2	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,4	10,4	10,1
Oostenrijk	9,7	10,2	10,2	10,0	10,2	10,3	10,4	10,3	10,4	10,3
België	9,3	10,0	9,8	10,0	10,1	10,3	10,3	10,1	10,0	10,0
Denemarken	9,5	10,7	10,3	10,2	10,2	10,2	10,2	10,3	10,4	10,2
Finland	8,1	8,9	8,9	8,9	9,3	9,5	9,5	9,7	9,5	9,2
Frankrijk	10,5	11,2	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,5
Duitsland	10,2	11,1	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	11,3
Italië	8,6	9,0	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9	8,9
Noorwegen	8,0	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,5	10,4
Spanje	8,3	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	9,0	9,1	9,0	8,8
Zweden	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,1	11,0	10,9	10,9
Zwitserland	10,2	10,8	10,7	10,8	11,1	11,3	11,5	11,9	12,2	12,3
V. Koninkrijk	7,7	8,5	8,5	8,4	8,3	9,8	9,7	9,8	9,8	9,6

Bron: OECD Health Statistics

Vraag 5

Hoe scoort Nederland ten opzichte van de landen om ons heen op de overleving na de diagnose: maagkanker, darmkanker, prostaatkanker, borstkanker, baarmoederhalskanker, ovariumkanker, longkanker, alvleesklierkanker? Hoe verhouden de Nederlandse cijfers over babysterfte zich ten opzichte van de landen om ons heen?

Antwoord:

Overleving na diagnose kanker wordt (internationaal) gemeten door het percentage patiënten met kanker dat na 5 jaar nog in leven is, te vergelijken met het percentage personen uit de algemene bevolking dat na 5 jaar nog in leven is.

De bron die in de Staat van Volksgezondheid en Zorg wordt gebruikt is: «*Global surveillance of trends in cancer survival: analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers during 2000–2014 from 322 population-based registries in 71 countries (CONCORD-3)*» (Lancet, maart 2018: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29395269>). De cijfers in deze publicatie zijn gecorrigeerd voor verschillen in bevolkingsopbouw tussen landen door standaardisatie naar de «International Cancer Survival Standard» (ICSS-2).

Tabel: *Percentage patiënten met kanker dat na 5 jaar nog in leven is, vergeleken met het percentage personen uit de algemene bevolking dat na 5 jaar nog in leven is voor 8 soorten kanker in Nederland en vijf naburige landen.*

	Nederland	België	Frankrijk	Duitsland	Denemarken	Verenigd Koninkrijk
Alvleesklier	7,4	12,4	8,6	10,7	8,0	6,8
Baarmoeder	67,5	65,4	65,0	65,2	69,5	63,8
Borst	86,6	86,4	86,7	86,0	86,1	85,6

	Nederland	België	Frankrijk	Duitsland	Denemarken	Verenigd Koninkrijk
Dikke darm	63,1	67,9	63,7	64,8	61,6	60,0
Long	17,3	18,2	17,3	18,3	16,6	13,3
Maag	25,0	37,5	26,7	33,5	19,9	20,7
Ovarium	37,5	43,1	43,5	41,2	39,7	36,2
Prostaat	88,5	93,8	93,1	91,6	85,6	88,7

Zoals uit bovenstaande tabel is af te leiden scoren van de naburige landen België, Frankrijk en Duitsland overall wat beter dan Nederland en scoren Denemarken en het Verenigd Koninkrijk overall wat minder goed.

Voor Nederlandse cijfers over babysterfte ten opzichte van naburige landen, verwijs ik naar de Kamerbrief «Stand van zaken geboortezorg en inzet voor de toekomst»¹. In deze brief zijn voor de Europese vergelijking de babysterftecijfers van Euro-Peristat gebruikt.

Vraag 6

Welke zorgkosten aan asielzoekers, statushouders en illegalen heeft u gefinancierd de afgelopen vijf jaar en welke overige kosten c.q. subsidies komen hier nog bij? Kunt u hier een overzicht per doelgroep en kostensoort van geven?

Antwoord:

De kosten voor medische zorg aan asielzoekers worden betaald door het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dit geldt ook voor de kosten van zorg aan vergunninghouders die in een COA-locatie verblijven. Vergunninghouders die niet langer in een COA-locatie verblijven zijn verzekerd ingevolge de Zorgverzekeringswet. De kosten van verzekerde vergunninghouders worden niet specifiek bijgehouden.

De kosten voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen en illegalen worden gefinancierd ingevolge art. 122a van de Zvw. De uitgaven in de laatste vijf jaar zijn opgenomen in onderstaande tabel.

Tabel: zorgkosten bijdrageregeling art. 122a Zvw (bron: CAK)

Zorgvorm x € 1.000	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Ziekenhuizen	16.055	15.604	15.648	19.838	16.144
Farmacie	4.012	3.478	4.687	4.270	4.523
GGZ	5.659	5.354	6.922	6.598	10.541
AWBZ / WLz	2.297	3.078	2.481	2.132	2.222
Hulpmiddelen	123	103	94	108	119
Ambulancevervoer	410	552	714	734	574
Eerstelijns hulp					
<i>Huisartsen</i>	926	1.251	1.201	1.140	784
<i>Tandartsen</i>	119	163	278	198	112
<i>Verloskunde</i>	600	598	595	617	523
<i>Kraamzorg</i>	568	526	832	1.172	890
<i>Paramedici</i>	64	55	63	76	52
<i>Wijkverpleging</i>	0	0	6	147	161
Totaal	2.277	2.593	2.969	3.316	2.522
Totaal	30.833	30.762	33.520	37.031	36.645

¹ Prognose november 2018. De cijfers 2014–2017 zijn eerder opgenomen in de VWS-Verzekerdenmonitor.

¹ Kamerstuk 32 279, nr. 129

Vraag 7

Hoeveel boetes inzake fraude zijn er in 2018 uitgedeeld?

Antwoord:

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2018 twee bestuurlijke boetes opgelegd in verband met het niet-correct declareren van zorg.

Vraag 8

Kunt u een overzicht geven van de wachtlijsten voor ambulante jeugdhulp, pleegzorg, jeugdzorgplus, jeugdzorginstellingen, gespecialiseerde jeugdhulp en de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (ggz) vanaf 2015 tot en met heden?

Antwoord:

Wachttijden en wachtlijsten worden niet landelijk geregistreerd. Wachttijden en wachtlijsten zijn een vraagstuk dat op regionaal niveau aangepakt dient te worden. De oorzaken van wachttijden verschillen per regio, en de oplossingen zijn per regio dan ook verschillend. Een kwetsbaar kind dat acuut zorg nodig heeft moet altijd zo snel mogelijk worden geholpen. Waar een onevenwichtigheid is tussen vraag en aanbod, dienen gemeenten en aanbieders zich tot het uiterste in te spannen om tijdige en passende jeugdhulp aan te bieden binnen aanvaardbare termijnen en moeten zij samen op zoek naar oplossingen. Als een passende plek niet meteen beschikbaar is, dan moet goede overbruggingszorg worden geboden. Met gemeenten heb ik afgesproken dat zij met hun aanbieders afspraken moeten maken over hoe om te gaan met wachttijden in de betreffende regio. Het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) ondersteunt regio's met (het verbeteren van) de regionale aanpak. In elke jeugdzorgregio is daarnaast inmiddels een regionaal expertteam opgericht, waar complexe casuïstiek wordt besproken.

Vraag 9

Wat is het gemiddelde salaris van een middelbaar beroepsonderwijs (mbo)-verpleegkundige in vergelijking met een mbo-baan in andere sectoren?

Antwoord:

Het gemiddelde salaris van een mbo-verpleegkundige in vergelijking met het gemiddelde salaris van een mbo-baan in andere sectoren is (bij ons) niet bekend. Het CBS heeft wel gegevens over het gemiddelde salaris van verpleegkundigen in den brede, dus zowel verpleegkundigen met een mbo- als met een hbo-opleiding (bij de BIG-registratie wordt nu geen onderscheid gemaakt tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen). Het bruto jaarloon inclusief bijzondere beloning van een verpleegkundige bij een fulltime dienstverband betrof gemiddeld 51.300 euro in 2015. Er zijn geen cijfers beschikbaar m.b.t. het gemiddelde salaris van een mbo-baan in andere sectoren op basis waarvan een goede vergelijking kan worden gemaakt met het genoemde salaris van verpleegkundigen. Dit komt door definitieverschillen ondermeer m.b.t. het salaris.

Vraag 10

Wat is het gemiddelde salaris van een hoger beroepsonderwijs (hbo)-verpleegkundige in vergelijking met een hbo-baan in het andere sectoren?

Antwoord:

Het gemiddelde salaris van een hbo-verpleegkundige in vergelijking met het gemiddelde salaris van een hbo-baan in andere sectoren is (bij ons) niet bekend.

Het CBS heeft wel gegevens over het gemiddelde salaris van verpleegkundigen in den brede, dus zowel verpleegkundigen met een mbo- als met een hbo-opleiding (bij de BIG-registratie wordt nu geen onderscheid gemaakt tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen). Het bruto jaarloon inclusief bijzondere beloning van een verpleegkundige bij een fulltime dienstverband betrof gemiddeld 51.300 euro in 2015. Er zijn geen cijfers beschikbaar m.b.t. het gemiddelde salaris van een hbo-baan in andere sectoren op basis waarvan een goede vergelijking kan worden gemaakt met het genoemde salaris van verpleegkundigen. Dit komt door definitieverschillen ondermeer m.b.t. het salaris.

Vraag 11

Kunt u de loonontwikkeling aangeven van helpenden vanaf 2010 tot en met heden?

Antwoord:

Er is geen informatie beschikbaar specifiek over de loonontwikkeling van helpenden. In onderstaande tabel is de contractloonontwikkeling van alle werknemers binnen zorg en welzijn van 2010 tot en met 2018 weergegeven.

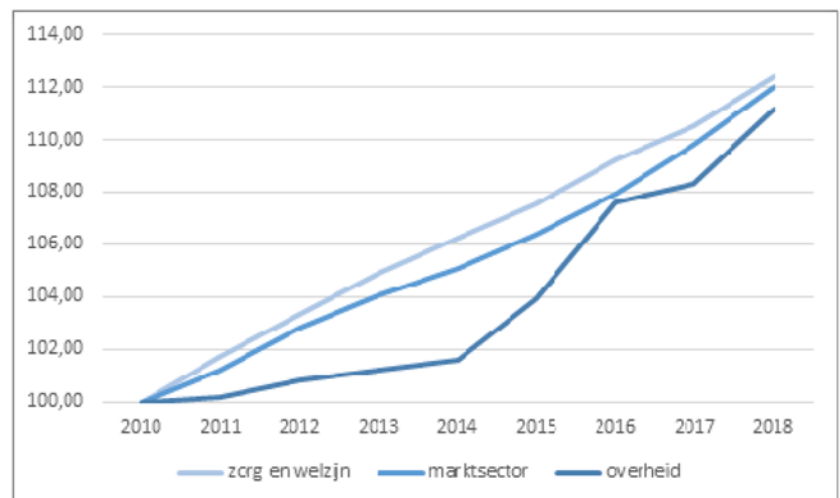
Tabel: contractloonontwikkeling (in procenten per jaar)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
contractloon	2,3%	1,7%	1,6%	1,5%	1,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,7%

Bron: CPB

In de zorg is gemiddeld sprake van marktconforme loonontwikkeling. Uit onderstaande grafiek wordt duidelijk dat de cao-loonontwikkeling binnen de zorg gemiddeld genomen dit decennium net iets boven de cao-loonontwikkeling in de markt en bij de overheid ligt.

Figuur: contractloonontwikkeling per sector (indexcijfers 2010 = 100)



Bron: CPB, bewerking VWS

Vraag 12

Kunt u de loonontwikkeling aangeven van verzorgenden vanaf 2010 tot en met heden?

Antwoord:

Er is geen informatie beschikbaar specifiek over de loonontwikkeling van verzorgenden. In onderstaande tabel is de contractloonontwikkeling van

alle werknemers binnen zorg en welzijn van 2010 tot en met 2018 weergegeven.

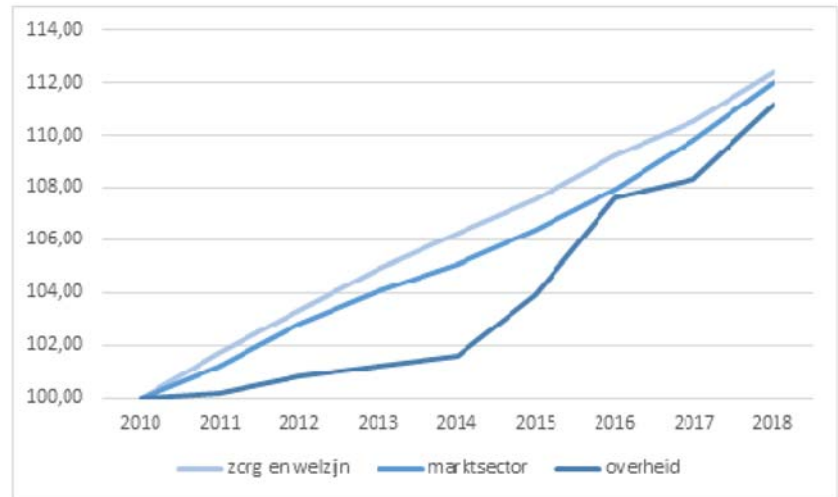
Tabel: contractloonontwikkeling (in procenten per jaar)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
contractloon	2,3%	1,7%	1,6%	1,5%	1,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,7%

Bron: CPB

In de zorg is gemiddeld sprake van marktconforme loonontwikkeling. Uit onderstaande grafiek wordt duidelijk dat de cao-loonontwikkeling binnen de zorg gemiddeld genomen dit decennium net iets boven de cao-loonontwikkeling in de markt en bij de overheid ligt.

Figuur: contractloonontwikkeling per sector (indexcijfers 2010 = 100)



Bron: CPB, bewerking VWS

Vraag 13

Kunt u de loonontwikkeling aangeven van verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG) vanaf 2010 tot en met heden?

Antwoord:

Er is geen informatie beschikbaar specifiek over de loonontwikkeling van verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG). In onderstaande tabel is de contractloonontwikkeling van alle werknemers binnen zorg en welzijn van 2010 tot en met 2018 weergegeven.

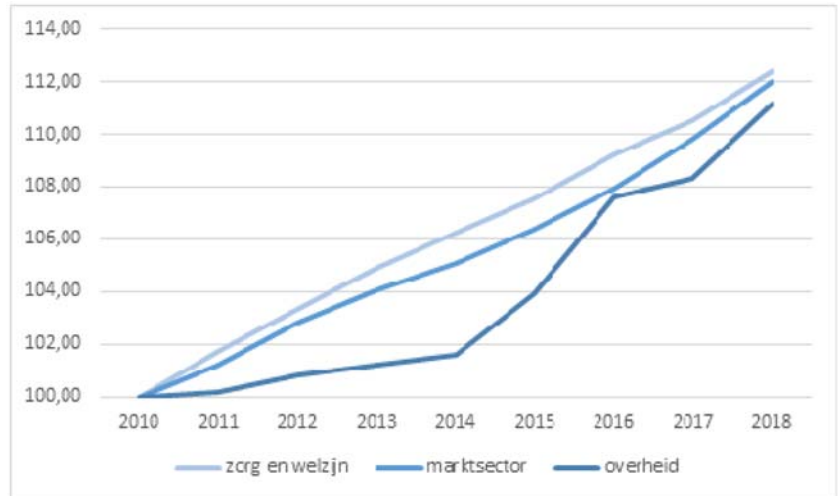
Tabel: contractloonontwikkeling (in procenten per jaar)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
contractloon	2,3%	1,7%	1,6%	1,5%	1,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,7%

Bron: CPB

In de zorg is gemiddeld sprake van marktconforme loonontwikkeling. Uit onderstaande grafiek wordt duidelijk dat de cao-loonontwikkeling binnen de zorg gemiddeld genomen dit decennium net iets boven de cao-loonontwikkeling in de markt en bij de overheid ligt.

Figuur: contractloonontwikkeling per sector (indexcijfers 2010 = 100)



Bron: CPB, bewerking VWS

Vraag 14

Kunt u de loonontwikkeling aangeven van mbo-verpleegkundigen vanaf 2010 tot en met heden?

Antwoord:

Er is geen informatie beschikbaar specifiek over de loonontwikkeling van mbo-verpleegkundigen. In onderstaande tabel is de contractloonontwikkeling van alle werknemers binnen zorg en welzijn van 2010 tot en met 2018 weergegeven.

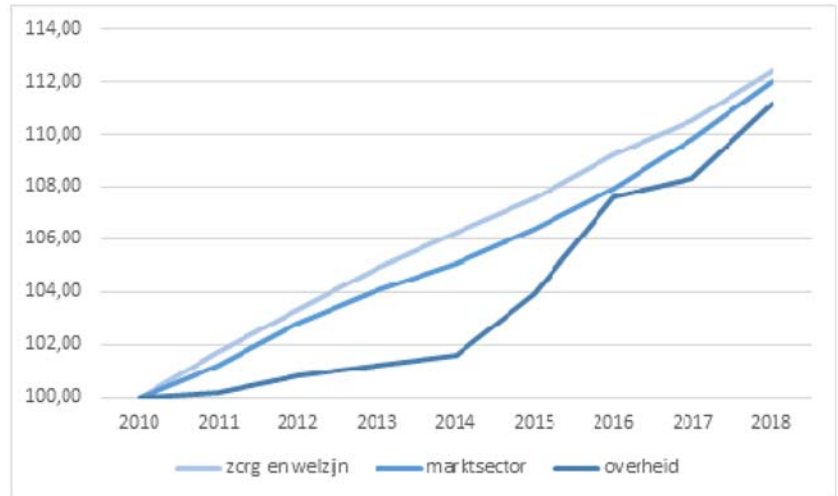
Tabel: contractloonontwikkeling (in procenten per jaar)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
contractloon	2,3%	1,7%	1,6%	1,5%	1,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,7%

Bron: CPB

In de zorg is gemiddeld sprake van marktconforme loonontwikkeling. Uit onderstaande grafiek wordt duidelijk dat de cao-loonontwikkeling binnen de zorg gemiddeld genomen dit decennium net iets boven de cao-loonontwikkeling in de markt en bij de overheid ligt.

Figuur: contractloonontwikkeling per sector (indexcijfers 2010 = 100)



Bron: CPB, bewerking VWS

Vraag 15

Kunt u de loonontwikkeling aangeven van hbo-verpleegkundigen vanaf 2010 tot en met heden?

Antwoord:

Er is geen informatie beschikbaar specifiek over de loonontwikkeling van hbo-verpleegkundigen. In onderstaande tabel is de contractloonontwikkeling van alle werknemers binnen zorg en welzijn van 2010 tot en met 2018 weergegeven.

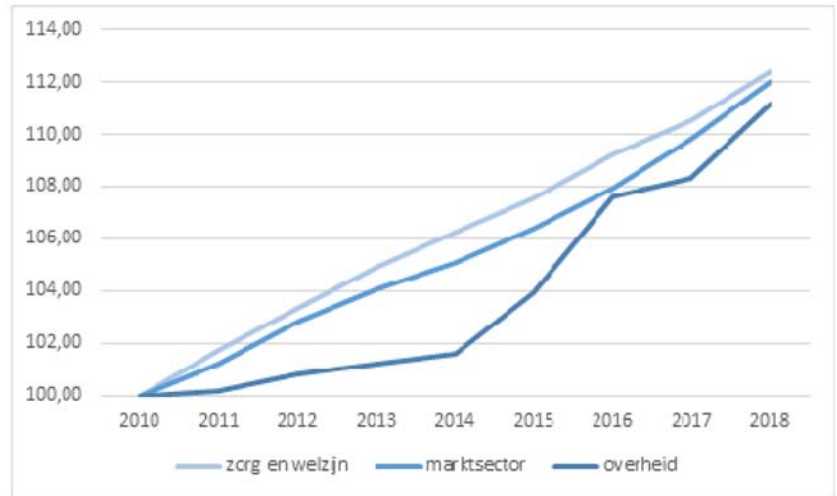
Tabel: contractloonontwikkeling (in procenten per jaar)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
contractloon	2,3%	1,7%	1,6%	1,5%	1,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,7%

Bron: CPB

In de zorg is gemiddeld sprake van marktconforme loonontwikkeling. Uit onderstaande grafiek wordt duidelijk dat de cao-loonontwikkeling binnen de zorg gemiddeld genomen dit decennium net iets boven de cao-loonontwikkeling in de markt en bij de overheid ligt.

Figuur: contractloonontwikkeling per sector (indexcijfers 2010 = 100)



Bron: CPB, bewerking VWS

Vraag 16

Kunt u de loonontwikkeling aangeven van gespecialiseerde verpleegkundigen vanaf 2010 tot en met heden?

Antwoord:

Er is geen informatie beschikbaar specifiek over de loonontwikkeling van gespecialiseerde verpleegkundigen. In onderstaande tabel is de contractloonontwikkeling van alle werknemers binnen zorg en welzijn van 2010 tot en met 2018 weergegeven.

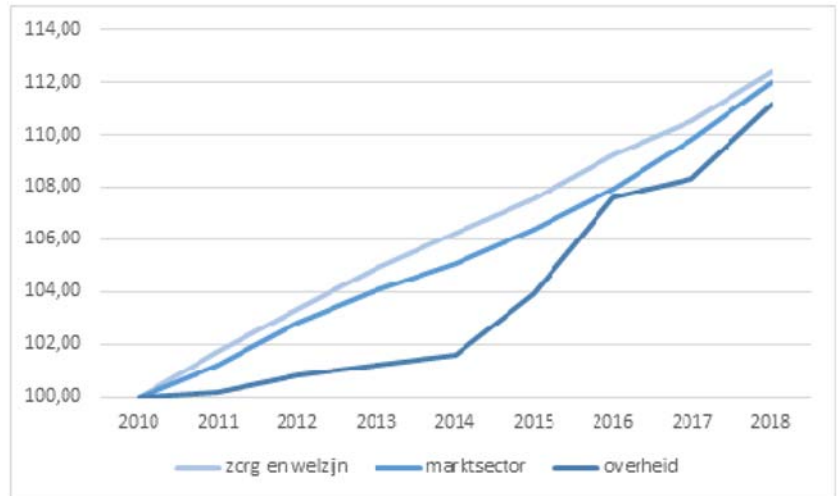
Tabel: contractloonontwikkeling (in procenten per jaar)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
contractloon	2,3%	1,7%	1,6%	1,5%	1,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,7%

Bron: CPB

In de zorg is gemiddeld sprake van marktconforme loonontwikkeling. Uit onderstaande grafiek wordt duidelijk dat de cao-loonontwikkeling binnen de zorg gemiddeld genomen dit decennium net iets boven de cao-loonontwikkeling in de markt en bij de overheid ligt.

Figuur: contractloonontwikkeling per sector (indexcijfers 2010 = 100)



Bron: CPB, bewerking VWS

Vraag 17

Kunt u een overzicht geven van de instroom en uitstroom van alle beroepen in het Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-register vanaf 2010 tot en met heden?

Antwoord:

	2010		2011		2012		2013		2014	
	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom
Apothekers	161	15	187	20	181	15	203	22	263	26
Artsen	2696	395	2586	370	2853	387	2776	416	2889	397
Bachelor Medisch Hulpverleners										
Fysiotherapeuten	1486	78	1520	81	1607	81	1670	202	1596	15717
Gz-psychologen	674	38	662	45	791	35	754	50	846	45
Physician assistants										
Psychotherapeuten	109	39	120	48	168	41	208	49	170	50
Tandartsen	497	49	466	42	469	46	408	76	389	44
Verloskundigen	225	9	192	6	216	4	210	37	184	1213
Verpleegkundigen	5780	503	5698	499	6071	591	6277	1786	6465	99686

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom	Instroom	Uitstroom
Apothekers	243	24	234	48	211	2054	235	45	82	36
Artsen	2748	412	2841	529	2801	738	3126	19249*	1080	395
Bachelor Medisch Hulpverleners									145	
Fysiotherapeuten	1613	308	1651	287	1424	381	1524	573	362	4101
Gz-psychologen	732	68	762	108	684	3604	724	31	384	22
Physician assistants							1047		177	
Psychotherapeuten	209	44	166	100	179	2640	221	20	153	9
Tandartsen	457	62	483	131	362	4081	313	107	136	21
Verloskundigen	218	29	210	21	257	22	233	48	66	422
Verpleegkundigen	6833	755	7048	767	8615	755	9027	1418	2460	26823

*Artsen hadden tot 31 december 2017 de tijd zich te laten her-registreren. Aangezien dit de eerste keer was dat artsen zich moesten her-registreren heeft er een opschoning van het register plaatsgevonden.

Vraag 18

Kunt u een overzicht geven van de uitstroom van alle beroepen in het BIG-register vanaf 2010 tot en met heden, waarvan mensen als reden hebben opgegeven niet te willen herregistreren?

Antwoord:

	Apothekers	Artsen	Fysiotherapeuten	Gz-psychologen	Psychotherapeuten	Tandartsen	Verloskundigen	Verpleegkundigen
2013	1	2	1172	2		2	130	8247
2014		1	14			2	3	40
2015		3	12		1		3	29
2016	373	9	27	774	450	500	2	24
2017	8	4507	66	7	4	5	9	81
2018	10	71	1366	5		10	149	7219
2019		4	31				3	33

Voor de jaren 2010 t/m 2012 zijn er geen cijfers, omdat pas vanaf 2013 de BIG geregistreerden zich moeten herregistreren.

Vraag 19

Welk onderzoek is/wordt verricht naar de gevolgen van ratten- en muizenplagen op de volksgezondheid?

Antwoord:

Het RIVM voert onderzoek uit naar zoönosen (ziekteverwekkers die van dieren naar mensen kunnen gaan) bij knaagdieren. Daarbij wordt specifiek aandacht besteed aan ratten. Om het volksgezondheidsrisico te bepalen, wordt zowel gekeken naar zoönosen die ze bij zich dragen, als naar de populatie-ontwikkelingen. Het onderzoek naar zoönosen is arbeidsintensief en vindt daarom gericht plaats op locaties waar een groter infectierisico wordt verwacht.

Daarnaast zijn verschillende van de rat-overdraagbare zoönosen meldingsplichtig. Indien signalen worden opgevangen dat er een stijging van het aantal patiënten is, dan wordt extra onderzoek uitgevoerd. Ook bij muizen wordt onderzoek gedaan naar (geprioriteerde) zoönosen. Naast dat bij eventuele signalen extra onderzoek wordt uitgevoerd, worden bijvoorbeeld in een studie muizen in stedelijk gebied gevangen en getest op verschillende zoönotische pathogenen. Verder wordt ook bijvoorbeeld met behulp van een model voorspeld of er in een jaar veel patiënten met orthohantavirus worden verwacht. Deze informatie wordt gecommuniceerd met professionals zodat ze alert zijn.

Vraag 20

Kunt u aangeven welke negatieve gevolgen de rattenplaag in Midden-Nederland heeft op de publieke volksgezondheid?

Antwoord:

In de media zijn diverse berichten over rattenoverlast geweest in 2018, onder andere in een aantal steden in Midden-Nederland, bijvoorbeeld Bilthoven, IJsselstein en Utrecht. Er zijn uit deze regio door de GGD bij het RIVM echter geen extra patiënten gemeld met leptospirose (ziekte van Weil), de belangrijkste rat-overdraagbare zoönose in Nederland.

Vraag 21

Welke maatregelen worden genomen om negatieve gevolgen van ratten- of muizenplagen op de volksgezondheid te voorkomen?

Antwoord:

Lokale rattenplagen komen ieder jaar voor op verschillende plaatsen en hangen samen met factoren zoals voedselbeschikbaarheid, nestmogelijkheden en genomen beheersmaatregelen. Indien er in de stedelijke omgeving sprake is van een rattenplaag, hebben gemeenten voldoende

informatie beschikbaar hoe te handelen via hun omgevingsdienst of een professionele plaagdierbeheerser.

Daarnaast is of komt kennis beschikbaar voor gemeenten voor maatregelen om risico's te beperken op waterrijke locaties waar mensen recreëren. Zo is er naar aanleiding van een uitbraak in juli 2015 van de ziekte van Weil een Protocol «ziekte van Weil in relatie tot zwemmen in oppervlaktewater» ontwikkeld. Verder ontwikkelt het RIVM een checklist voor waterspeelplaatsen in de stad. Deze wordt in 2019 in de praktijk getoetst bij verschillende waterspeelplaatsen. De checklist zal onderdeel gaan uitmaken van een bredere richtlijn voor waterspeelplaatsen, die zich voornamelijk richt op waterkwaliteit en waarmee in 2019 gestart wordt. Bij sportevenementen met water (cityswim) en/of modder (Mud- en Obstacle Runs) kunnen gemeenten advies inwinnen over infectieziekten zoals ziekte van Weil of gastro-enteritis (maag/darminfectie) bij hun GGD'en of eventueel bij het RIVM.

Tot slot is het belangrijk te weten hoe rattenpopulaties zich in ruimte en tijd ontwikkelen. Rattenpopulaties worden momenteel door het RIVM nog gemonitord met behulp van een surveillance met ongeveer vijftientig gemeenten in Nederland. Geconcludeerd is echter dat deze surveillance geen goed landelijk beeld geeft. Om die reden hebben de Ministeries van Infrastructuur en Waterstaat en Volksgezondheid, Welzijn en Sport het RIVM in 2018 de opdracht gegeven voor de ontwikkeling van een applicatie om ratten te melden. Deze «rattenapp» is met name gericht op plaagdierbeheersers en moet het mogelijk maken om een beter beeld te krijgen van de verspreiding van de rattenpopulaties in Nederland en hoe deze zich ontwikkelen in de tijd. De gegevens worden ontsloten via de Atlas Leefomgeving die door iedereen te raadplegen is. De informatie die wordt verkregen met deze app, zal in de toekomst kunnen worden gebruikt om te voorkomen dat rattenpopulaties uitgroeien tot plagen, bijvoorbeeld door associaties te maken tussen groengebieden of bepaalde bebouwing en overlast, waar vervolgens bij de stadsinrichting meer rekening mee kan worden gehouden.

Vraag 22

Hoeveel zorgorganisaties zijn gestart in de zorg vanaf 2010 tot heden en hebben zich ingeschreven via de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) Hoeveel daarvan zijn bezocht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en hoeveel organisaties zijn niet bezocht?

Antwoord:

Sinds 2010 hebben ongeveer 2400 instellingen een WTZi-toelating ontvangen. In verband met de overgang naar een nieuw registratiesysteem bij CIBG omvat dit cijfer echter niet alle toelatingen die zijn afgegeven in de jaren 2010 en 2011. Van enkele tientallen instellingen is de WTZi-toelating inmiddels ingetrokken. De IGJ heeft niet sinds 2010 structureel bijgehouden hoeveel nieuwe zorgaanbieders met een WTZi-toelating zij de afgelopen jaren heeft bezocht. Sinds 2015 heeft de IGJ structureel het toezicht op nieuwe zorgaanbieders geïntensiveerd. De IGJ bezoekt nu ongeveer 220 nieuwe zorgaanbieders per jaar met het doel te toetsen of de randvoorwaarden voor goede en veilige zorgverlening aanwezig zijn. Dit toezicht richt zich op de sectoren verpleging en verzorging, ggz, gehandicaptenzorg, jeugd en particuliere klinieken. Echter, niet al deze zorgaanbieders dienen te beschikken over een WTZi-toelating. Zo richt de WTZi zich niet op aanbieders die alleen zorg aanbieden op basis van de Jeugdwet en aanbieders die uitsluitend pgb-gefinancierde zorg verlenen. Tevens kunnen instellingen die al jaren een WTZi-toelating hebben een bezoek verwachten wanneer ze door de trechter vallen van de inspectie in het kader van het reguliere incidenten-

toezicht en het risicogestuurd toezicht. Het totaal aantal inspectiebezoeken aan instellingen met een WTZi-toelating ligt dan ook hoger dan hiervoor aangegeven.

Vraag 23

Hoeveel zorgorganisaties zijn gestart in de zorg vanaf 2010 tot heden en hebben zich niet actief gemeld?

Antwoord:

Pas vanaf 2016 worden nieuw ingeschreven ondernemingen in het handelsregister onder de noemer «Gezondheids- en welzijnszorg» geattendeerd om zich als nieuwe zorgaanbieder te melden op de website www.meldennieuwezorgaanbieders.nl. Dit is vooruitlopend op de wettelijke meldplicht in het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Tot en met 24 mei 2019 hebben in totaal 32.587 zorgaanbieders gehoor gegeven aan de oproep om zich vrijwillig te melden. Dit is ongeveer 50% van het aantal ondernemingen dat zich in diezelfde periode heeft ingeschreven in de KvK. Er kan geen goed getal worden gegeven van de nieuwe zorgaanbieders die zich niet actief hebben gemeld. Uit de inschrijving in het handelsregister blijkt namelijk nog niet of daadwerkelijk sprake is van een nieuwe zorgaanbieder die valt onder de reikwijdte van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg waarop de IGJ toezicht houdt. In de Wtza is een grondslag opgenomen, opdat zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders weten wie voldaan heeft aan de meldplicht. De meldplicht zal als voorwaarde worden gehanteerd voor de afgifte van een AGB-code, die nodig is om zorg te kunnen declareren. Dit betekent «niet gemeld, geen geld» en geeft een stevige financiële prikkel voor nieuwe zorgaanbieders om aan de meldplicht te voldoen.

Vraag 24

Wat waren/zijn de streefcijfers voor het aannemen van extra personeel in de verpleeghuiszorg voor de jaren 2017, 2018 en 2019? Hoe was/is de onderverdeling?

Antwoord:

Zoals op 6 juli 2017 aangegeven in de schriftelijke beantwoording van de gestelde vragen in het VSO inzake Voortgang kwaliteitskader verpleeghuiszorg (Kamerstuk 31 765, nr. 280) kon er met de extra middelen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in 2017 circa 1.500 extra fte zorgpersoneel worden ingezet. Dit aantal loopt op tot (cumulatief) circa 7.000 in 2018 en circa 17.000 in 2019. De onderverdeling van jaar-op-jaar is daarmee 1.500 extra fte in 2017 ten opzichte van 2016, 5.500 extra fte in 2018 ten opzichte van 2017 en 10.000 extra fte in 2019 ten opzichte van 2018. Deze streefcijfers zijn sindsdien niet veranderd en zijn derhalve ook verwerkt in de 2e voortgangsrapportage van het programma Thuis in het Verpleeghuis². Naast de inzet van extra personeel om uitvoering te geven aan het kwaliteitskader is er ook additioneel personeel aangenomen om de groei van het aantal cliënten op te vangen (cumulatief tussen 2016–2018 circa 5.000 fte).

Vraag 25

Hoeveel zorgverleners, uitgesplitst per beroep, zijn sinds 2015 tot heden gaan werken in de zorg en in welke zorgsector?

Antwoord:

Op basis van de meest recente inzichten over mobiliteit in de sector zorg en welzijn en de werkgelegenheidsontwikkeling uit CBS-data, kan de totale instroom in de sector worden ingeschat op circa 150.000 personen

² Kamerstuk 31 765, nr 411

in 2018. Begin juni 2019 komen CBS-data beschikbaar waarop de totale instroom preciezer kan worden aangegeven. Het aantal werknemers in zorg en welzijn is op basis van de meest actuele seizoensgecorrigeerde cijfers van het CBS in het derde kwartaal van 2018 met circa 44.300 personen toegenomen ten opzichte van hetzelfde kwartaal uit 2015. Deze cijfers hebben betrekking op werknemers in loondienst in de sector zorg en welzijn; zelfstandigen zijn niet meegenomen in deze cijfers.

De toename in de genoemde periode is in onderstaande tabel verdeeld naar de branches in zorg en welzijn. Uitgesplitst naar de branches in zorg en welzijn, is de grootste toename zichtbaar in de VVT (circa 9.600 personen), gevolgd door de ziekenhuiszorg (circa 6.700 personen) en de geestelijke gezondheidszorg (circa 6.400 personen). Het is niet mogelijk om een uitsplitsing naar beroep te maken.

Tabel toename aantal seizoensgecorrigeerde werknemers in derde kwartaal 2018 vergeleken met derde kwartaal 2015, naar branche in zorg en welzijn, in duizenden personen

Branches zorg en welzijn	Aantal werknemers (verschil derde kwartaal 2018 – derde kwartaal 2015)
Universitair medische centra	3,6
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	6,7
Geestelijke gezondheidszorg	6,4
Huisartsen en gezondheidscentra	2,4
Verpleging, verzorging en thuiszorg	9,6
Gehandicaptenzorg	4,4
Jeugdzorg	2,7
Sociaal werk	2,0
Overig zorg & welzijn	6,5
Totaal	44,3

Bron: CBS, AZW statline

Vraag 26

Hoeveel zorgverleners, uitgesplitst per beroep, hebben sinds 2015 tot heden de zorg verlaten en uit welke zorgsector?

Antwoord:

In onderstaande tabel is de uitstroom uit de sector weergegeven op basis van de meest actuele gegevens van het CBS. Onder uitstroom vallen zowel mensen die in een andere sector gaan werken als mensen die niet meer actief zijn als werknemer (o.a. pensioen, uitkering). Omdat het gaat om cijfers die elk kwartaal worden vastgesteld op basis van 12-maands voortschrijdende aantallen, kunnen deze getallen niet bij elkaar opgeteld worden.

Tabel uitstroom uit sector zorg en welzijn, op basis van 12-maands voortschrijdende aantallen, in aantal personen

	2015	2016	2017	2018
Totaal zorg en welzijn	131.260	118.590	112.460	119.160

*Meetmoment voor elk jaar is het vierde kwartaal

Bron: CBS, AZW StatLine

De uitstroom valt over hele periode te typeren als relatief hoog. De uitstroom is in 2018 119.160 personen. Ten opzichte van hetzelfde meetmoment in 2017 is dat een stijging van 6.700 personen. Daar

tegenover staat dat de instroom op basis van de meest recente inzichten over mobiliteit in de sector zorg en welzijn en de werkgelegenheidsontwikkeling uit CBS-data, ingeschat wordt op circa 150.000 personen in 2018. Vanaf 4 juni 2019 komen CBS-data beschikbaar waarop de totale instroom preciezer kan worden aangegeven.

In onderstaande tabel is de uitstroom op het meest recente meetmoment verdeeld naar de branches in zorg en welzijn. Het is niet mogelijk om een uitsplitsing naar beroep te maken.

Tabel uitstroom uit de sector zorg en welzijn, 12-maands cijfer op meetmoment vierde kwartaal 2018, aantal medewerkers naar branche in zorg en welzijn.

Branches zorg en welzijn	Uitstroom (aantal werknemers)
Universitair medische centra	6.660
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	17.550
Geestelijke gezondheidszorg	8.000
Huisartsen en gezondheidscentra	2.390
Verpleging, verzorging en thuiszorg	38.550
Gehandicaptenzorg	15.140
Jeugdzorg	4.920
Sociaal werk	10.420
Overig zorg & welzijn	15.540
Totaal	119.160¹

¹ In verband met afrondingsverschillen komen de afzonderlijke branches in totaal niet exact overeen met het totaal voor de sector zorg en welzijn.

Bron: CBS, AZW Statline

Vraag 27

Hoeveel flexibele contracten en hoeveel vaste contracten zijn afgegeven in zorg? Kunt u dit percentage per zorgsector aangeven?

Antwoord:

Er zijn alleen CBS-gegevens beschikbaar over de positie in de werkring over het jaar 2017. Deze gegevens laten zien dat dat sectorbreed van het totaal aantal werknemers 85% een vaste arbeidsrelatie kende; 15% een flexibele arbeidsrelatie.

Tabel Aantallen werknemers in 2017 naar branches in zorg en welzijn, met vaste en flexibele arbeidsrelatie, in duizenden personen en percentages

	Werknemers totaal		Werknemer met vaste arbeidsrelatie		Werknemer met flexibele arbeidsrelatie	
	personen	personen	% totaal	personen	% totaal	
Universitair medische centra	54	47	87,0%	8	14,8%	
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	181	159	87,8%	22	12,2%	
Geestelijke gezondheidszorg	67	59	88,1%	8	11,9%	
Huisartsen en gezondheidscentra	26	23	88,5%	3	11,5%	
Verpleging, verzorging en thuiszorg	305	254	83,3%	50	16,4%	
Gehandicaptenzorg	134	118	88,1%	16	11,9%	
Jeugdzorg	25	20	80,0%	5	20,0%	
Sociaal werk	43	34	79,1%	9	20,9%	
Overige zorg en welzijn	89	72	80,9%	18	20,2%	
Totaal	925	785	84,9%	139	15,0%	

Bron: CBS

Deze cijfers zijn niet één-op-één vergelijkbaar met de andere werkgelegenheidscijfers van het CBS voor zorg en welzijn omdat een andere definitie wordt gehanteerd, en dienen als indicatief te worden geïnterpreteerd.

Vraag 28

Kunt u aangeven bij welke Amsterdamse ziekenhuizen voor de specialismen cardiologie, geriatrie, interne geneeskunde en gynaecologie de treeknormen van vier weken voor een eerste afspraak in het ziekenhuis en zeven weken voor een ziekenhuisopname worden gehaald?

Antwoord:

Ieder specialisme binnen een ziekenhuis biedt verschillende behandelingen aan (bijvoorbeeld bij oogheelkunde: behandeling van cataract, staaroperatie, etcetera). Binnen een specialisme kunnen de wachttijden per behandeling verschillen, reden waarom de NZa naar de wachttijden op het niveau van een behandeling en niet op het niveau van een specialisme kijkt. De NZa monitort de wachttijden periodiek maar heeft de actuele informatie niet op deze korte termijn beschikbaar. Wel heeft de NZa mij laten weten dat het geen signalen heeft dat de wachttijden in de regio Amsterdam afwijken van het landelijk beeld, en dat er geen zorgen zijn met betrekking tot de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Verder inventariseert de NZa op dit moment, naar aanleiding van uw verzoek, de wachttijden van de 3–5 meest voorkomende behandelingen per het door u genoemde specialisme. Ook kijkt de NZa naar de gevraagde informatie over de ontwikkeling in de wachttijden in de jaren 2013–2018. Ik streef ernaar u hier voor het zomerreces schriftelijk over te informeren.

Vraag 29

Kunt u aangeven bij welke Amsterdamse ziekenhuizen voor de specialismen cardiologie, geriatrie, interne geneeskunde en gynaecologie de treeknormen van vier weken voor een eerste afspraak en zeven weken voor een ziekenhuisopname, niet zijn gehaald?

Antwoord:

Ieder specialisme binnen een ziekenhuis biedt verschillende behandelingen aan (bijvoorbeeld bij oogheelkunde: behandeling van cataract, staaroperatie, etcetera). Binnen een specialisme kunnen de wachttijden per behandeling verschillen, reden waarom de NZa naar de wachttijden op het niveau van een behandeling en niet op het niveau van een specialisme kijkt. De NZa monitort de wachttijden periodiek maar heeft de actuele informatie niet op deze korte termijn beschikbaar. Wel heeft de NZa mij laten weten dat het geen signalen heeft dat de wachttijden in de regio Amsterdam afwijken van het landelijk beeld, en dat er geen zorgen zijn met betrekking tot de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Verder inventariseert de NZa op dit moment, naar aanleiding van uw verzoek, de wachttijden van de 3–5 meest voorkomende behandelingen per het door u genoemde specialisme. Ook kijkt de NZa naar de gevraagde informatie over de ontwikkeling in de wachttijden in de jaren 2013–2018. Ik streef ernaar u hier voor het zomerreces schriftelijk over te informeren.

Vraag 30

Kunt u voor elk Amsterdams ziekenhuis aangeven wat de wachttijd was voor de specialismen maag-darm-leverziekten, oogheelkunde, reumatologie, pijnbestrijding, anesthesiologie en neurologie als het gaat om poliklinisch bezoek en ziekenhuisopname vóór oktober 2018? Kunt u een toelichting geven met een overzicht van de ontwikkeling van de wachttijden afgemeten over vijf jaar van 2013 tot en met 2018?

Antwoord:

Ieder specialisme binnen een ziekenhuis biedt verschillende behandelingen aan (bijvoorbeeld bij oogheelkunde: behandeling van cataract, staaroperatie, etcetera). Binnen een specialisme kunnen de wachttijden per behandeling verschillen, reden waarom de NZa naar de wachttijden op het niveau van een behandeling en niet op het niveau van een

specialisme kijkt. De NZa monitort de wachttijden periodiek maar heeft de actuele informatie niet op deze korte termijn beschikbaar. Wel heeft de NZa mij laten weten dat het geen signalen heeft dat de wachttijden in de regio Amsterdam afwijken van het landelijk beeld, en dat er geen zorgen zijn met betrekking tot de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Verder inventariseert de NZa op dit moment, naar aanleiding van uw verzoek, de wachttijden van de 3–5 meest voorkomende behandelingen per het door u genoemde specialisme. Ook kijkt de NZa naar de gevraagde informatie over de ontwikkeling in de wachttijden in de jaren 2013–2018. Ik streef ernaar u hier voor het zomerreces schriftelijk over te informeren.

Vraag 31

Kunt u voor elk Amsterdams ziekenhuis aangeven hoe de wachttijden zich hebben ontwikkeld voor de specialismen maag-darm-leverziekten, oogheelkunde, reumatologie, pijnbestrijding, anesthesiologie en neurologie als het gaat om poliklinisch bezoek en ziekenhuisopname na de sluiting van het MC Slotervaart in oktober 2018? Kunt u hierbij een toelichting geven?

Antwoord:

Ieder specialisme binnen een ziekenhuis biedt verschillende behandelingen aan (bijvoorbeeld bij oogheelkunde: behandeling van cataract, staaroperatie, etcetera). Binnen een specialisme kunnen de wachttijden per behandeling verschillen, reden waarom de NZa naar de wachttijden op het niveau van een behandeling en niet op het niveau van een specialisme kijkt. De NZa monitort de wachttijden periodiek maar heeft de actuele informatie niet op deze korte termijn beschikbaar. Wel heeft de NZa mij laten weten dat het geen signalen heeft dat de wachttijden in de regio Amsterdam afwijken van het landelijk beeld, en dat er geen zorgen zijn met betrekking tot de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Verder inventariseert de NZa op dit moment, naar aanleiding van uw verzoek, de wachttijden van de 3–5 meest voorkomende behandelingen per het door u genoemde specialisme. Ook kijkt de NZa naar de gevraagde informatie over de ontwikkeling in de wachttijden in de jaren 2013–2018. Ik streef ernaar u hier voor het zomerreces schriftelijk over te informeren. Voor informatie over de ontwikkeling van de wachttijden vóór respectievelijk na het faillissement van MC Slotervaart verwijs ik u naar mijn brief van 24 april 2019 (Kamerstuk 32 620, nr. 226).

Vraag 32

Kunt u aangeven welke Amsterdamse ziekenhuizen de treeknormen voor onderzoek en behandeling voor de specialismen maag-darm-leverziekten, reumatologie en oogheelkunde halen? Welke Amsterdamse ziekenhuizen halen deze niet? Hoe lang moeten mensen wachten? Kunt u een overzicht per specialisme en per ziekenhuis geven?

Antwoord:

Ieder specialisme binnen een ziekenhuis biedt verschillende behandelingen aan (bijvoorbeeld bij oogheelkunde: behandeling van cataract, staaroperatie, etcetera). Binnen een specialisme kunnen de wachttijden per behandeling verschillen, reden waarom de NZa naar de wachttijden op het niveau van een behandeling en niet op het niveau van een specialisme kijkt. De NZa monitort de wachttijden periodiek maar heeft de actuele informatie niet op deze korte termijn beschikbaar. Wel heeft de NZa mij laten weten dat het geen signalen heeft dat de wachttijden in de regio Amsterdam afwijken van het landelijk beeld, en dat er geen zorgen zijn met betrekking tot de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Verder inventariseert de NZa op dit moment, naar aanleiding van uw verzoek, de wachttijden van de 3–5 meest voorkomende behandelingen per het door u

genoemde specialisme. Ook kijkt de NZa naar de gevraagde informatie over de ontwikkeling in de wachttijden in de jaren 2013–2018. Ik streef ernaar u hier voor het zomerreces schriftelijk over te informeren.

Vraag 33

Kunt u aangeven hoe vaak er in de afgelopen drie jaar (2015–2018) een patiëntenstop is afgekondigd op de spoedeisende hulp (SEH) bij Amsterdamse ziekenhuizen?

Antwoord:

De informatie die beschikbaar is over aantal en duur van de SEH-stops staat in de monitor acute zorg van de NZa. De NZa heeft daarin de ontwikkeling van het aantal seh-stops in de jaren 2014–2017 in kaart gebracht van drie regio's: SpoedZorgNet en Netwerk Acute Zorg Noordwest (de ROAZen die de stops in onder meer Amsterdam registreren) en Traumazorgnetwerk Midden-Nederland, omdat zij de enige zijn met een betrouwbare en eenduidige stops-registratie. Uit die informatie komt naar voren dat het aantal stops en de totale duur daarvan in de jaren 2014 t/m 2017 zijn toegenomen. Voor meer informatie verwijs ik u graag naar de monitor van de NZa (Kamerstuk 29 247, nr. 267).

In het VAO acute zorg op 11 april jl. (Handelingen II 2018/19, nr. 74, item 5) en het AO failliete ziekenhuizen op 25 april jl. heb ik, onder meer in reactie op de motie-Van den Berg (Kamerstuk 29 247, nr. 271), aangegeven dat ik op dit moment niet over informatie van stops sinds 1 januari 2018 beschik. Daarbij heb ik aangegeven dat ik bereid ben om met de NZa en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), de koepel van de ROAZen, in gesprek te gaan en te kijken of en, zo ja, in hoeverre ik de gevraagde informatie over de stops boven tafel kan krijgen (een restrictie kan bijvoorbeeld zijn dat sprake is van niet openbare dus vertrouwelijke informatie). De Kamer ontvangt binnenkort een nadere reactie op deze motie. Voor zover mogelijk zal ik daarbij ook ingaan op de vragen 33, 34 en 35.

Vraag 34

Kunt u aangeven hoe vaak er in de afgelopen drie jaar (2015–2018) een patiëntenstop is geweest bij de verschillende spoedeisende hulpposten in Nederland?

Antwoord:

De informatie die beschikbaar is over aantal en duur van de SEH-stops staat in de monitor acute zorg van de NZa. De NZa heeft daarin de ontwikkeling van het aantal seh-stops in de jaren 2014–2017 in kaart gebracht van drie regio's: SpoedZorgNet en Netwerk Acute Zorg Noordwest (de ROAZen die de stops in onder meer Amsterdam registreren) en Traumazorgnetwerk Midden-Nederland, omdat zij de enige zijn met een betrouwbare en eenduidige stops-registratie. Uit die informatie komt naar voren dat het aantal stops en de totale duur daarvan in de jaren 2014 t/m 2017 zijn toegenomen. Voor meer informatie verwijs ik u graag naar de monitor van de NZa (Kamerstuk 29 247, nr. 267).

In het VAO acute zorg op 11 april jl. (Handelingen II 2018/19, nr. 74, item 5) en het AO failliete ziekenhuizen op 25 april jl. heb ik, onder meer in reactie op de motie-Van den Berg (Kamerstuk 29 247, nr. 271), aangegeven dat ik op dit moment niet over informatie van stops sinds 1 januari 2018 beschik. Daarbij heb ik aangegeven dat ik bereid ben om met de NZa en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), de koepel van de ROAZen, in gesprek te gaan en te kijken of en, zo ja, in hoeverre ik de gevraagde

informatie over de stops boven tafel kan krijgen (een restrictie kan bijvoorbeeld zijn dat sprake is van niet openbare dus vertrouwelijke informatie). De Kamer ontvangt binnenkort een nadere reactie op deze motie. Voor zover mogelijk zal ik daarbij ook ingaan op de vragen 33, 34 en 35.

Vraag 35

Kunt u aangeven hoe vaak er een patiëntenstop is afgekondigd op de spoedeisende hulp bij Amsterdamse ziekenhuizen sinds de sluiting van het MC Slotervaart? Is het aantal patiëntenstops op de spoedeisende hulp bij Amsterdamse ziekenhuizen sinds de sluiting van het MC Slotervaart toe- of afgenomen? Kunt u dit toelichten?

Antwoord:

De informatie die beschikbaar is over aantal en duur van de SEH-stops staat in de monitor acute zorg van de NZa. De NZa heeft daarin de ontwikkeling van het aantal seh-stops in de jaren 2014–2017 in kaart gebracht van drie regio's: SpoedZorgNet en Netwerk Acute Zorg Noordwest (de ROAZen die de stops in onder meer Amsterdam registreren) en Traumazorgnetwerk Midden-Nederland, omdat zij de enige zijn met een betrouwbare en eenduidige stops-registratie. Uit die informatie komt naar voren dat het aantal stops en de totale duur daarvan in de jaren 2014 t/m 2017 zijn toegenomen. Voor meer informatie verwijs ik u graag naar de monitor van de NZa (Kamerstuk 29 247, nr. 267).

In het VAO acute zorg op 11 april jl. en het AO failliete ziekenhuizen op 25 april jl. heb ik, onder meer in reactie op de motie-Van den Berg (Kamerstuk 29 247, nr. 271), aangegeven dat ik op dit moment niet over informatie van stops sinds 1 januari 2018 beschik. Daarbij heb ik aangegeven dat ik bereid ben om met de NZa en het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), de koepel van de ROAZen, in gesprek te gaan en te kijken of en, zo ja, in hoeverre ik de gevraagde informatie over de stops boven tafel kan krijgen (een restrictie kan bijvoorbeeld zijn dat sprake is van niet openbare dus vertrouwelijke informatie). De Kamer ontvangt binnenkort een nadere reactie op deze motie. Voor zover mogelijk zal ik daarbij ook ingaan op de vragen 33, 34 en 35.

Vraag 36

Kunt u aangeven hoe groot de opnamecapaciteit was op de spoedeisende hulp bij Amsterdamse ziekenhuizen vóór oktober 2018? En hoe groot is de opnamecapaciteit van de spoedeisende hulp van Amsterdamse ziekenhuizen na de sluiting van het MC Slotervaart?

Antwoord:

Ik heb de NZa gevraagd om na te gaan hoe de behandelcapaciteit op de Amsterdamse SEH's zich op dit moment verhoudt tot de behandelcapaciteit vóór het faillissement van MC Slotervaart, en ook wat het oordeel van de NZa hierover is in het licht van de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Het antwoord op deze vraag zal ik meenemen in de brief met betrekking tot de wachttijden in de regio Amsterdam, die ik de Kamer in beginsel voor het zomerreces zal toesturen (zie mijn antwoord op de vragen 28 tot en met 32).

Vraag 37

Kunt u specificeren voor elk van de achttien in 2018 aangeboden actieprogramma's hoeveel ambtelijke capaciteit hiervoor is ingezet en kunt u dit financieel onderbouwen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord

Het is niet mogelijk om aan te geven hoeveel fte is ingehuurd voor welke projecten of programma's omdat we dit niet op deze wijze registreren.

Vraag 38

Waarom wordt in het jaarverslag niet teruggekomen op het doel dat de wachttijden in de GGZ binnen een jaar terug moesten zijn op de afgesproken termijnen? Kan hier alsnog inzicht in worden gegeven?

Antwoord:

In de zomer van 2017 heeft de toenmalige Minister van VWS bestuurlijk afspraken met de ggz-sector gemaakt om te zorgen dat de wachttijden binnen een jaar weer binnen de Treeknormen zouden vallen. Uit de kwantitatieve rapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit over de stand van de wachttijden in maart 2018 bleek dat de wachttijden voor een aantal diagnosegroepen nog altijd ruim boven de norm zat. Op basis daarvan heb ik geconcludeerd dat de eerder geformuleerde doelstelling niet haalbaar bleek en is de aanpak geïntensiveerd, zoals aan de Kamer gemeld bij brief van 10 april 2018 (Kamerstuk 25 424, nr. 396). De laatste stand van de wachttijden heb ik op 21 december 2018 (Kamerstuk 25 424, nr. 451) met de Tweede Kamer gedeeld. Voor de zomer verwacht ik een volgende tussenstand met de Kamer te kunnen delen.

Vraag 39

Hoe verhouden de tekorten in de jeugdzorg zich tot het feit dat het gemeentefonds een onderuitputting van € 311 miljoen kent?

Antwoord:

Er is bij het gemeentefonds geen sprake van onderuitputting, zoals wel mogelijk is bij departementale begrotingen. Het is gebruikelijk dat een deel van de uitkeringen niet volledig in het begrotingsjaar tot uitbetaling komt. Dit bedrag wordt als wijziging betalingsverloop (eindejaarsmarge) meegenomen naar het volgende begrotingsjaar, zodat de uitkeringen waar gemeenten recht op hebben volledig tot uitbetaling kunnen komen. Bij de algemene uitkering is dit een gevolg van het feit dat nog niet voor alle verdeelmaatstaven de gegevens definitief bekend zijn aan het eind van het begrotingsjaar. Bij de decentralisatie-uitkeringen is dit veelal een gevolg van het feit dat de verdeling van bepaalde uitkeringen nog niet (volledig) bekend is. In 2018 betrof het totaal aan niet tot uitbetaling gekomen uitkeringen € 311 miljoen. Daarvan had € 33 miljoen betrekking op de algemene uitkering en € 276 miljoen op de decentralisatie-uitkeringen. Binnen de decentralisatie-uitkeringen was onder meer € 200 miljoen opgenomen voor de Voorziening knelpunten sociaal domein en € 36 miljoen voor het Transformatiefonds sociaal domein jeugd. Voor beide decentralisatie-uitkeringen geldt dat ze in januari 2019 volledig zijn uitbetaald aan de desbetreffende gemeenten.

Vraag 40

Kunt u aangeven welke doelstelling u had voor de wachttijden in de ggz en wat de gerealiseerde wachttijden waren in 2018? Zijn de wachttijden in de ggz daarmee toe- of afgenomen ten opzichte van eerdere jaren? Hoe verhoudt zich dit tot de onderuitputting op de ggz-middelen?

Antwoord:

In de zomer van 2017 heeft de toenmalige Minister van VWS bestuurlijke afspraken met de ggz-sector gemaakt met als doel dat de wachttijden binnen een jaar weer binnen de Treeknormen zouden vallen. Uit de kwantitatieve rapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit over de stand van de wachttijden in maart 2018 bleek dat de wachttijden voor een aantal diagnosegroepen nog altijd ruim boven de norm zat. Op basis daarvan heeft de Staatssecretaris geconcludeerd dat de eerder geformuleerde

doelstelling niet haalbaar bleek en is de aanpak geïntensiveerd, zoals aan de Kamer gemeld bij brief van 10 april 2018 (Kamerstuk 25 424, nr. 396). In juli en december 2018 heeft de Staatssecretaris een NZa-informatiekaart met actuele cijfers met de Tweede Kamer gedeeld (Kamerstuk 25 424, nrs. 423 en 451).

Het beeld van de totale wachttijden in de informatiekaart van december jl. was positiever dan het beeld uit de rapportage die in juli daaraan voorafgaand aan de Kamer is gestuurd. In juli bedroeg de totale wachttijd voor 7 hoofddiagnosegroepen meer dan de Treeknorm van 14 weken, in december werd voor 3 hoofddiagnosegroepen de Treeknorm overschreden.

Getuige de onderuitputting op het ggz-kader die we al enkele jaren zien, kan gesteld worden dat een tekort aan beschikbaar budget geen oorzaak is van de lange wachttijden. Oorzaken zijn wel (onder andere): onbekendheid met de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling, te weinig behandelcapaciteit en verkeerde verdeling van de capaciteit, onjuist screening en verwijzing, inefficiënt op- en afschalen, niet-passende contractering voor complexe doelgroepen en gebrekkige communicatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder over wachtlijsten of het bereiken van een omzetplafond. Al deze oorzaken hebben een plek gekregen in ofwel de aanpak wachttijden (bijvoorbeeld in de regionale taskforces en in de contractering) ofwel in het hoofdlijnenakkoord ggz (zoals het beschikbaar stellen van extra opleidingsplekken).

Vraag 41

Hoeveel mensen zijn in 2018 ingestroomd in een ggz-opleiding? Kunt u dit afzetten tegen de instroom van de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Er zijn nog geen gegevens bekend over de instroom in 2018. Onderstaand treft u de beschikbare gegevens over de jaren 2013 tot en met 2017.

Realisatie instroom					
	2013	2014	2015	2016	2017
Gezondheidszorgpsycholoog	770	728	657	716	666
Psychotherapeut	107	93	101	113	104
Klinisch psycholoog	108	113	178	126	132
Klinisch neuropsycholoog	0	12	0	20	19
Verpleegk. Specialist GGZ	62	61	81	84	82
Totaal	1.047	1.007	1.017	1.059	1.003

Vraag 42

Welke verbeteringen zijn er in het jaarverslag doorgevoerd naar aanleiding van de resultaten van de pilot Lerend evalueren?

Antwoord:

VWS is in 2018 gestart met de pilot Lerend evalueren. Het doel van de pilot is om werkendeweg het inzicht in de kwaliteit van het beleid te verbeteren. In het jaarverslag wordt aangegeven welke evaluaties dat jaar zijn uitgevoerd en de belangrijkste bevindingen toegelicht. Anders dan bij de eerdere beleidsdoorlichtingen worden naast de betreffende uitgaven op de VWS-begroting ook – waar dat aan de orde is – de betreffende uitgaven die vallen onder het uitgavenplafond Zorg betrokken in de evaluatieonderzoeken. Naast de vertrouwde ex post evaluaties worden in het kader van de pilot ook ex ante en ex durante onderzoeken gedaan. Ook hiervan zullen resultaten kort worden toegelicht in het jaarverslag.

Aangezien de pilot voor 2018 vooral nog in de opstartfase zat heeft dit voor nu nog niet geleid tot verbeteringen in het jaarverslag zelf.

Vraag 43

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de realisatie van de doelen die zijn geformuleerd in de opgesomde programma's en akkoorden (waaronder het Nationaal Preventieakkoord, het Sportakkoord, het Pact voor de Ouderenzorg en het programma Zorg voor de Jeugd)?

Antwoord

Zoals tijdens het wetgevingsoverleg bij het jaarverslag 2017 is aangegeven ontvangt uw kamer op gezette tijden voortgangsrapportages van de verschillende programma's. Zo kan meer actueel en met meer context, duiding worden gegeven van de voortgang. Uiteindelijk beogen we met de actieprogramma's een merkbaar verschil te maken.

In onderstaand overzicht is opgenomen wanneer de laatste voortgangsrapportage aan uw Kamer is verzonden of wanneer de eerstvolgende voortgangsrapportage staat gepland van de in 2018 gestarte programma's. Met betrekking tot het nationaal actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017–2021 (nummer 18) geldt dat geen voortgangsrapportage is gepland omdat het een actieplan van en door het veld is.

Nr. Naam	Voortgangsrapportage
1 Actieprogramma 'Eén tegen Eenzaamheid'	20-12-2018
2 Pact voor de ouderenzorg	27-11-2018
3 Programma Kwaliteit Verpleeghuiszorg. 'Thuis in het verpleeghuis'	21-5-2019
4 Actieprogramma 'Werken in de zorg'	22-5-2019
5 Actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd'	5-11-2018
6 Programmaplan 'Rechtmatige zorg 2018-2021'	21-12-2018
7 Aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling. 'Geweld hoort nergens thuis'	20-12-2018
8 Actieplan '(Ont)regel de zorg'	Q2-2019
9 Programma 'Langer Thuis'	Q2-2019
10 Nationaal Sportakkoord 'Sport verenigt Nederland'	Q2-2020
11 Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018-2022	Q3-2019
12 Actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018–2019	5-4-2019
13 Actieprogramma 'Kansrijke Start'	Q2-2019
14 Onbedoelde (tiener)zwangerschappen. Een zevenstappenplan	Q3-2019
15 Programma Volwaardig leven. Voor de gehandicaptenzorg en complexe zorg.	Q3-2019
16 Actieplan ambulancezorg	Q4-2019
17 Nationaal Preventieakkoord 'Naar een gezonder Nederland'	Q2-2019
18 Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017-2022	geen

Vraag 44

Hoeveel lokale sportakkoorden zijn in tweede helft van 2018 gesloten? Hoeveel sportformatoren zijn in de tweede helft van 2018 aangesteld?

Antwoord:

De regeling voor het aanvragen van budget voor sportformatoren is in 2019 opengesteld. In de tweede helft van 2018 was er nog geen sportformateur via de regeling van VWS aangesteld. Inmiddels hebben 155 gemeenten een budgetaanvraag voor een sportformateur gedaan en zijn er 19 lokale sportakkoorden gesloten.

Vraag 45

Wat zijn de precieze werkzaamheden van het praktijkteam Zorg op de juiste plek ten aanzien van de overdracht van kwetsbare cliënten tussen thuis, ziekenhuis of (kortdurende) opname?

Antwoord:

Het praktijkteam Zorg op de juiste plek ondersteunt zorgprofessionals en organisaties in de regio als er knelpunten zijn in de overdracht van patiënten tussen het ziekenhuis, kortdurende verblijfszorg en thuis. Het

praktijkteam is laagdrempelig bereikbaar door op werkdagen telefonisch contact op te nemen met 030 – 78 97 878, danwel via het volgende mailadres: meldpunt@juisteloket.nl of twitter account: @Juiste_Zorgplek. Het praktijkteam Zorg op de juiste plek is een samenwerking tussen medewerkers van het Juiste Loket en het Ministerie van VWS. Het juiste loket beantwoordt vragen van melders en denkt met hen mee. Als de melding ingewikkelder is, dan wordt het praktijkteam ingeschakeld. Het praktijkteam denkt daarbij actief mee met de melder. Daarnaast kijkt het praktijkteam ook wat er te leren valt van ingewikkelde casuïstiek. Daarmee zijn de werkzaamheden divers van aard. Het praktijkteam neemt bijvoorbeeld contact op met het zorgkantoor, zorgverzekeraar danwel gemeente om hen te vragen of zij actief kunnen meezoeken om de melder te helpen als de melder onvoldoende voortgang ervaart bij het vinden van vervolgzorg. Het praktijkteam brengt (op verzoek van een melder) ook partijen bij elkaar als blijkt dat de doorstroming moeizaam loopt in een regio om te bezien wat nodig is om de doorstroming beter te laten lopen. Zie bijgaande link als voorbeeld van de werkwijze: <https://twitter.com/minvws/status/990944222311219200>

Vraag 46

De laatste decennia zijn de Nederlandse zorguitgaven gestegen, 2018 is het zesde jaar op rij dat de groei van de zorguitgaven onder de economische groei uit komt; welke groei is gerechtvaardigd? Met welke groei blijft de zorg volgens u betaalbaar?

Antwoord:

De hoogte van de te rechtvaardigen groei van de zorguitgaven is een politieke afweging waarover ik regelmatig met uw Kamer debateer. Wanneer de zorguitgaven structureel harder groeien dan de economie nemen deze een steeds groter deel in van de totale bruto collectieve uitgaven en verdringen hiermee andere uitgaven. Meer geld voor zorg betekent dat er relatief minder geld beschikbaar is voor bijvoorbeeld onderwijs, defensie en sociale zekerheid. In het VWS-jaarverslag over 2018 constateren we inderdaad dat de groei van de zorguitgaven voor het zesde jaar op rij onder de economische groei is uitgekomen. Dat is een trendbeuk met het verleden en een indicatie dat het beleid gericht op kostenbeheersing zijn vruchten afwerpt. Dit neemt niet weg dat de zorg ook in toekomst een snel groeiende uitgavenpost zal blijven en constante inspanningen nodig zijn om de uitgavengroei te beheersen. In de hoofdlijnenakkoorden van 2019–2022 zijn daarom wederom afspraken gemaakt gericht op kwaliteitsverbeteringen die tevens bijdragen aan meer doelmatigheid in de zorg.

De Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven in 2017 stelde dat een groei van de zorguitgaven ver boven de economische groei niet houdbaar was. In de recente hoofdlijnenakkoorden is met alle ondertekende partijen afgesproken dat we ernaar streven om op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei. Het spanningsveld tussen de houdbaarheid van en solidariteit in de zorg is een maatschappelijk vraagstuk dat onverminderd actueel is en nog vele toekomstige kabinetten zal bezighouden. Het is dan ook belangrijk om doorlopend vanuit verschillende invalshoeken naar dit vraagstuk te blijven kijken. Om die reden heeft het kabinet trajecten in gang gezet bij de Sociaal-Economische Raad en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (Kamerstuk 32 620, nr. 208), en de commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen ingesteld (Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 348; en Kamerstuk 29 689, nr. 985).

Vraag 47

Wat is het budget voor de waarde van een mensenleven?

Antwoord:

De vraag refereert aan mijn uitspraak «*Een mensenleven is oneindig veel waard. Maar ons budget is niet oneindig*». Deze uitspraak heb ik gedaan tijdens de Begrotingsbehandeling 2019³ (en is herhaald in het jaarverslag 2018) naar aanleiding van de poging om het geneesmiddel Spinraza beschikbaar te krijgen voor patiëntjes die dat middel heel dringend nodig hebben.

Wat de discussie over Spinraza liet zien is, voor welke dilemma de zorg staat en ook dat er geen hard budgettair afkappunt is om medische technologieën wel of niet beschikbaar te stellen.

Overigens laat het onderzoek «Verdringingseffecten binnen het Nederlandse zorgstelsel» van het Zorginstituut Nederland (ZiNL) de noodzaak zien van het maken van expliciete afwegingen. In de uitwerking van een beoordelingskader voor medische technologieën gebruikt ZiNL de afweging tussen ziektelast en kosteneffectiviteit: hoe hoger de ziektelast, hoe meer we bereid zijn te betalen voor gezondheidswinst, uitgedrukt in kosten per «Quality Adjusted Life Years». In het rapport «Kosteneffectiviteit in de praktijk» beschrijft het Zorginstituut hoe ze dat doet, namelijk door voor drie klassen van ziektelast een andere referentiewaarde voor de kosteneffectiviteit te kiezen: tot € 20.000 per QALY; tot € 50.000 per QALY resp. tot € 80.000 per QALY.

Vraag 48

Kan een uitputtend overzicht gegeven worden van alle (18) in 2018 gesloten akkoorden, pacts en (actie)programma's inclusief de daarbij horende doelgroepen, budgetten, tijdspaden en doelen waarbij ook de beschikbare budgetten voor afzonderlijke maatregelen binnen de afzonderlijke programma's wordt weergegeven?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 43.

Vraag 49

Hoeveel ziekenhuisbedden zullen er de aankomende tijd verdwijnen doordat complexere zorg zoveel mogelijk dichtbij huis geleverd gaat worden?

Antwoord:

Een belangrijk onderdeel van de afgesloten hoofdlijnenakkoorden zijn de afspraken over «de juiste zorg op de juiste plek». Vertrekpunt daarbij is het bevorderen van het functioneren van mensen, zowel lichamelijk, psychisch als sociaal. Elementen als tijdige signalering van problemen, een goede triage, goede samenwerking tussen professionals en goede vervolg- en gespecialiseerde zorg staan daarbij centraal. Met partijen is afgesproken via onder meer deze weg de groei van het volume aan ziekenhuiszorg af te remmen. Dat gebeurt door (duurdere) zorg te voorkomen, zorg te verplaatsen (dichtbij huis wat kan en verder weg waar het noodzakelijk is) en zorg te veranderen (meer innovatieve manieren van zorgverlening). In dat licht is met partijen in de medisch-specialistische zorg afgesproken de groei van het zorgvolume de komende jaren te beperken. Wat daarvan het precieze effect is op het aantal ziekenhuisbedden is op voorhand niet te voorspellen. Dat zal afhangen van de concrete afspraken die in de regio's worden gemaakt.

Vraag 50

³ Bron: <https://plusvws.nl/artikel/een-mensenleven-is-oneindig-veel-waard-maar-ons-budget-is-niet-oneindig>

Moeten er met de toename van het aantal ouderen niet juist meer in plaats van minder ziekenhuisbedden bijkomen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

In het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019–2022 is afgesproken de groei van de medisch-specialistische zorg af te remmen, zie ook het antwoord op vraag 49. De in het akkoord geschetste aanpak rond het thema «de juiste zorg op de juiste plek» – voorkomen, verplaatsen en veranderen van zorg – staat daarbij centraal. Vroeg signaleren van problematiek en goede samenwerking met en tussen partijen in de eerste lijn en met gemeenten kunnen de instroom van kwetsbare ouderen in het ziekenhuis verminderen. Betere samenwerking en inzicht in de mogelijkheden van vervolgzorg kunnen eraan bijdragen dat kwetsbare ouderen sneller het ziekenhuis kunnen verlaten om thuis, of zonodig in een passende tijdelijke omgeving, de benodigde zorg of ondersteuning te krijgen. In de hoofdlijnenakkoorden wijkverpleging en huisartsenzorg is ook financiële ruimte gecreëerd om deze beweging te faciliteren.

Vraag 51

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de vier gesloten hoofdlijnenakkoorden? Hebben tussentijdse ontwikkelingen geleid tot wijzigingen in de hoofdlijnenakkoorden?

Antwoord:

De afspraken die zijn vastgelegd in de in 2018 afgesloten hoofdlijnenakkoorden voor de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg, de GGZ en de wijkverpleging zijn door de betrokken partijen vertaald in concrete acties. Deze acties worden momenteel uitgevoerd. Uw Kamer wordt op verschillende momenten geïnformeerd over de ontwikkelingen van de afzonderlijke onderwerpen die in de hoofdlijnenakkoorden zijn geagendeerd. Zo zult u bijvoorbeeld nog voor de zomer worden geïnformeerd over de voortgang van de activiteiten rond «de juiste zorg op de juiste plek» en de voortgang van «Uitkomstgerichte zorg». Over de uitvoering van de akkoorden vindt regelmatig bestuurlijk overleg plaats met de betrokken akkoordpartners.

Sinds de inwerkingtreding van de akkoorden voor de periode 2019–2022 hebben zich geen ontwikkelingen voorgedaan die hebben geleid tot wijzigingen in de hoofdlijnenakkoorden.

Vraag 52

Welke maatregelen hebben concreet bijgedragen aan het terugdringen van de wachttijden in de ggz? Kunt u hier een overzicht van geven?

Antwoord:

Sinds juli 2017 zijn er, zoals bij diverse gelegenheden gewisseld met de Tweede Kamer, verschillende maatregelen genomen om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Een greep hieruit:

- Om het inzicht in de wachttijden verder te verbeteren, zijn aanbieders sinds 1 januari 2018 verplicht gesteld om wachttijdinformatie bij Vektis aan te leveren;
- De website www.kiezenindeggz.nl is gelanceerd, waarop de wachttijdinformatie ook beschikbaar is voor cliënten en verwijzers;
- Er is een aanpak ingezet met regionale taskforces, waarin de relevante partijen (verzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, verwijzers, cliëntenvertegenwoordiging) op basis van regionale data analyseren welke problematiek er in de regio speelt en welke oplossingen kunnen worden getroffen. In april is aan 21 taskforces gevraagd om een plan van aanpak op te leveren om de grootste uitdagingen aan te pakken.

- De VIPP-regeling (Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional) GGZ is uitgerold, waarmee wordt geïnvesteerd in betere informatie-uitwisseling en de inzet van e-health in de ggz, om ook daarmee wachttijden terug te dringen;
- Zorgverzekeraars en instellingen hebben afspraken gemaakt over de inkoop van extra beveiligde bedden;
- Er hebben twee congressen plaatsgevonden om goede voorbeelden, onder andere vanuit de taskforces, te delen;
- De campagne «Weg van de wachtlijst» is gestart, onder andere om patiënten en verwijzers te wijzen op de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling;
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hebben hun inzet op het dossier wachttijden geïntensiveerd. De IGJ heeft met behulp van een toetsingskader inspectiebezoeken aan instellingen gebracht. De NZa heeft controles bij zorgverzekeraars uitgevoerd, om te beoordelen of zij alle beschikbare ruimte gebruiken om wachttijden terug te dringen. Waar dat niet het geval was, heeft de NZa zorgverzekeraars gevraagd een plan van aanpak op te leveren;
- In het hoofdlijnenakkoord ggz (Kamerstuk 25 424, nr. 420) zijn afspraken gemaakt over het terugdringen van de regeldruk, het oplossen van arbeidsmarktproblematiek (waaronder het beschikbaar stellen van extra opleidingsplekken), het inrichten van een werkgroep om triage en diagnostiek te verbeteren en de aanmeldwachttijd daarmee te verkorten.

Uit het meest recente beeld van de wachttijden, dat de Staatssecretaris 21 december 2018 naar uw Kamer heeft gestuurd, bleek dat de Treeknormen bij een deel van de hoofddiagnosegroepen en in een deel van de regio's nog steeds worden overschreden. Het beeld uit deze informatiekaart is wel beter dan het beeld uit juli, maar de wachttijden zijn nog onvoldoende teruggedrongen. Het is niet goed te beoordelen welke bijdrage de individuele maatregelen hebben geleverd aan de ontwikkeling van de wachttijden.

Vraag 53

In hoeverre hebben de verschillende acties met betrekking tot de wachtlijsten in de ggz geleid tot daadwerkelijk kortere wachtlijsten? Wat is de huidige stand met betrekking tot de wachtlijsten voor de ggz? Kan daarbij zowel ingegaan worden op de lengte van de wachtlijsten als op het aantal mensen dat op geestelijke gezondheidszorg wacht?

Antwoord:

Het laatste beeld van de stand van de wachttijden heb ik 21 december 2018 met u gedeeld (Kamerstuk 25 424, nr. 451). Voor de zomer zal de Staatssecretaris een actueel beeld aan uw Kamer sturen. Eind december heeft de Staatssecretaris aangegeven dat het beeld van de totale wachttijden in de informatiekaart van december positiever was dan het beeld uit de rapportage die in juli aan de Kamer is gestuurd. Een directe relatie met de concrete maatregelen is niet goed te geven. Op dit moment zijn er geen betrouwbare cijfers beschikbaar over het aantal patiënten dat langer dan de Treeknorm moet wachten. Ik heb de stuurgroep wachttijden (met daarin ZN, MIND, GGZ Nederland en MEERGGZ) gevraagd te onderzoeken in hoeverre het mogelijk hier meer grip op te krijgen.

Vraag 54

Welk bedrag is in 2018 besteed aan de opbouw van ambulante voorzieningen in de ggz?

Antwoord:

Gezien de brede reikwijdte van het begrip ambulante zorg is niet goed in kaart te brengen welke middelen precies aan de opbouw van ambulante voorzieningen besteed zijn. We verwachten eind van dit jaar de monitor Ambulantisering van het Trimbos over het jaar 2018. Daarin zullen ook trends worden opgenomen ten aanzien van gemeentelijke investering in ambulante zorg- en ondersteuningsaanbod. Deze monitor zal ik zoals gebruikelijk aan uw Kamer doen toekomen.

Vraag 55

Hoeveel mensen werken er in de ggz, per functie? Wat is de stand van zaken met betrekking tot het aantrekken van het benodigde extra personeel?

Antwoord:

Conform de laatst beschikbare cijfers van het CBS werkten er in het derde kwartaal van 2018 93.400 mensen in de ggz. (bron: AZW Statline)

Voor de werkgelegenheid naar functie in de ggz zijn cijfers voorhanden over de in het BIG-register opgenomen beroepen (CBS, 2017):

Beroepen en specialismen in de ggz, cijfers 2017	Aantal
Arts; psychiatrie	1.965
Arts; psychiatrie en psychotherapie	495
GZ-psycholoog	6.115
Klinisch psycholoog	220
Klinisch neuropsycholoog	45
GZ-psycholoog en psychotherapeut	990
Klinisch psycholoog en psychotherapeut	1.310
GZ-psycholoog en verpleegkundige	45
Psychotherapeut	585
Verpleegkundigen GGZ	725
Verpleegkundigen algemeen	17.855

Bron: CBS statline

De werkgelegenheid in de ggz laat een stijgende lijn zien. Voor de stand van zaken hierbij verwijs ik naar de onlangs verzonden tweede voortgangsrapportage over het Actieprogramma Werken in de Zorg (Kamerstuk 29 282, nr. 361).

Vraag 56

In 2019 worden door zorgkantoren extra middelen toegekend aan de zorgaanbieders; kan duidelijker gespecificeerd worden om hoeveel extra middelen dit gaat?

Antwoord:

Op basis van de kwaliteitsplannen 2019 hebben de zorgkantoren landelijk een kwaliteitsbudget toegekend van € 583 miljoen, waarvan € 496 miljoen voor extra personeel en € 87 miljoen voor andere investeringen om het Kwaliteitskader te implementeren, zoals investeringen in technologie. Van het beschikbare kwaliteitsbudget voor 2019 van € 600 miljoen hebben de zorgkantoren tot slot een bedrag van € 17 miljoen gereserveerd om in de loop van 2019 te kunnen inzetten bij nieuwe aanbieders of bij aanbieders die mogelijkheden zien om sneller te groeien dan afgesproken in het goedgekeurde kwaliteitsplan.

Vraag 57

Hoe is de € 435 miljoen aan extra middelen voor verpleeghuizorg besteed?

Antwoord:

Over de besteding van de extra middelen van € 435 miljoen die zijn verwerkt in de verpleeghuistarieven voor 2018 geldt dat hierover geen specifieke afspraken zijn opgenomen in het landelijke inkoopkader 2018 van de zorgkantoren. Ik monitor echter wel de besteding van deze extra middelen door verpleeghuizen aan extra zorgpersoneel. In de 2^e voortgangsrapportage van het programma Thuis in het Verpleeghuis⁴ heb ik hiervan verslag gedaan. Concreet is het aantal werknemers in verpleeghuizen ten opzichte van 2016 toegenomen met 5.500 in 2017 en cumulatief ruim 18.500 (circa 9.000 fte) in 2018. Dat betekent dat er op een gemiddelde verpleeghuislocatie in 2018 gemiddeld 8 werknemers extra zijn ingezet per locatie. Deze groei was deels benodigd om de groei van het aantal cliënten op te vangen, maar komt voor een belangrijk deel (circa 4.000 fte) ook ten goede aan extra medewerkers voor meer tijd en aandacht voor bewoners.

Vraag 58

Wat was de instroom van personeel dat in 2018 ging werken in de verpleeghuissector? Welke functies betreffen dit voornamelijk?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de tweede voortgangsrapportage van «Thuis in het Verpleeghuis» bedroeg de instroom van nieuw personeel in de verpleeghuissector in 2018 gemiddeld 6% per kwartaal⁵.

Wij beschikken niet over informatie over welke functies dit betrof.

Vraag 59

Wat was de uitstroom van personeel dat in 2018 stopte met het werken in de verpleeghuissector?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de tweede voortgangsrapportage van «Thuis in het Verpleeghuis» bedroeg de uitstroom van nieuw personeel in de verpleeghuissector in 2018 gemiddeld ruim 4,5% per kwartaal⁶.

Vraag 60

Heeft de publiekscampagne die in 2018 is gestart al meetbare resultaten opgeleverd?

Antwoord:

In februari van dit jaar is een eerste onderzoek gedaan naar de effecten van de publiekscampagne «Ik Zorg». Het onderzoek gaat over de eerste campagne-inzet in november en december 2018, en geeft zodoende nog een beperkt beeld. In de betreffende periode werd breed ingezet met uitingen in de media (televisie, radio en sociaal) en posters bij de wachtplaatsen voor het openbaar vervoer (abri's). De eerste resultaten zijn bemoedigend. Twee op de drie mensen heeft één van de uitingen van de campagne herkend. Gemiddeld wordt de campagne gewaardeerd met bijna een 7. Bijna 190 duizend mensen bezochten in deze periode de

⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 411.

⁵ De bron is data van het pensioenfonds PFZW. Dit is alle instroom bij een instelling, dus inclusief de overgang van het ene verpleeghuis naar het andere verpleeghuis. Uit nader onderzoek moet blijken welk deel van de instroom intern verpleeghuizen is (tussen verpleeghuizen), welk deel intern zorg is (van andere zorgsectoren) en welk deel extern is (van buiten de zorgsector).

⁶ De bron is data van het pensioenfonds PFZW. Dit is alle uitstroom bij een instelling, dus inclusief de overgang van het ene verpleeghuis naar het andere verpleeghuis. Uit nader onderzoek moet blijken welk deel van de uitstroom intern verpleeghuizen is (tussen verpleeghuizen), welk deel intern zorg is (naar andere zorgsectoren) en welk deel extern is (naar buiten de zorgsector).

website www.ontdekdezorg.nl. De campagne blijft lopen gedurende de periode van het actieprogramma *Werken in de Zorg*. We zullen de effecten van de campagne blijven volgen.

Vraag 61

Wat is de stand van zaken aangaande het verdeelmodel voor beschermd wonen, maatschappelijke opvang en begeleiding? Wordt invoering per 2021 realistisch geacht?

Antwoord:

Rijk en gemeenten hebben afgesproken het nieuwe verdeelmodel voor beschermd wonen, maatschappelijke opvang en begeleiding Wmo 2015 per 1 januari 2021 in te gaan voeren, tenzij nadere inzichten de implementatie in de weg staan. Het jaar 2021 is niet voor niets gekozen: in dat jaar wordt de Wet langdurige zorg opengesteld voor mensen met een psychische stoornis en vindt de invoering plaats van een verbeterde verdeling van het geld in het gemeentefonds voor het gehele sociaal domein. Om cliënten niet meerdere keren te confronteren met wijzigingen, vinden wij het wenselijk de beweging in één keer te maken. Rijk en gemeenten hebben afgesproken het voorlopige verdeelmodel voor beschermd wonen, maatschappelijke opvang en begeleiding Wmo 2015, zoals opgesteld door Cebeon, op enkele aspecten nog een keer goed te bezien. Dit traject is nu gaande. In het voorjaar van 2020 neemt het Rijk samen met gemeenten een definitief besluit over de invoering van het nieuwe model. Vooralsnog beschouw ik 2021 als een realistisch moment voor invoering.

Vraag 62

Kan inzicht gegeven worden in de wachtlijsten voor de vrouwenopvang en de maatschappelijke opvang? Wat zijn de meest actuele cijfers als het gaat om doorstroom binnen de maatschappelijke opvang? Hoeveel woningen zijn er bijgekomen om de doorstroom uit de maatschappelijke opvang te versnellen?

Antwoord:

Er is geen landelijk beeld van de (eventuele) wachtlijsten voor de vrouwenopvang en de maatschappelijke opvang. Ook zijn geen landelijke cijfers beschikbaar over de doorstroom binnen de maatschappelijke opvang. Er wordt niet op landelijk niveau bijgehouden hoeveel woningen er zijn bijgekomen om de doorstroom uit de maatschappelijke opvang te versnellen. Wel is tijdens bestuurlijk overleg tussen Rijk en gemeenten besloten dat gemeenten in 2019 concrete uitvoeringsafspraken maken over hoe zij de visie van de commissie Toekomst beschermd wonen de komende jaren vorm gaan geven. Het maken van concrete afspraken met corporaties en aanbieders over het aantal (passende en betaalbare) woningen maakt hier deel van uit.

Vraag 63

Zijn er nog steeds zorgopleidingen die een numerus fixus hanteren? Zo ja, welke opleidingen zijn dit en waarom?

Antwoord:

De volgende zorgopleidingen hanteren vanwege capaciteitsproblemen (personeel, klaslokalen, stages e.d.) voor het studiejaar 2019–2020 een numerus fixus:

HBO-opleiding					2019
Opl.code	Naam opleiding	Opl.vorm	aantal onderwijsinstellingen met fixus	aantal onderwijsinstellingen zonder fixus	
30023	B Medische Hulpverlening	voltijd	3		
30023	B Medische Hulpverlening	deeltijd	1		
30023	B Medische Hulpverlening	duaal			1
34091	B Huidtherapie	voltijd	2		
34091	B Huidtherapie	deeltijd	2		
34134	B Verloskunde	voltijd	3		
34549	B Optometrie	voltijd	1		
34560	B Opleiding tot Verpleegkundige	voltijd	1		16
34561	B Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken	voltijd	1		2
34561	B Medisch Beeldvormende en Radiotherapeutische Technieken	duaal			3
34570	B Opleiding tot Fysiotherapeut	voltijd	6		4
34570	B Opleiding tot Fysiotherapeut	deeltijd			1
34576	B Mondzorgkunde	voltijd	4		
34585	B Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie	voltijd	1		
34585	B Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie	deeltijd			1
WO-opleiding					2019
50033	B Klinische Technologie	voltijd	1		
55007	B Klinische Technologie (joint degree)	voltijd	1		2
56551	B Geneeskunde ¹	voltijd	8		
56560	B Tandheelkunde ¹	voltijd	4		
56570	B Diergeneeskunde	voltijd	1		
56990	B Biomedische Wetenschappen	voltijd	4		1

¹ Voor geneeskunde en tandheelkunde wordt de hoogte van de numerus fixus voor meerdere jaren vastgesteld op basis van een advies van externe experts en in overleg met OCW en VWS.

Vraag 64

Kunt u duidelijker specificeren welke «winst» er gemaakt wordt door jobcarving?

Antwoord:

Met een werkloosheid van 3,4% is de arbeidsmarkt zeer krap. Voor mensen die nu nog geen baan hebben, is het nodig om wat extra's te doen om hun talenten in te zetten. Jobcarving kan hieraan bijdragen. Jobcarving is het losknippen van functies of taken om daarmee nieuwe functies te creëren. Toepassing in de zorg draagt eraan bij dat verzorgenden en verpleegkundigen meer tijd hebben voor zorgtaken en doen waarvoor ze zijn opgeleid. Voorbeelden zijn huiskamerbegeleider in het verpleeghuis en zorgondersteuners in het ziekenhuis. Voorbeelden van concrete taken zijn het rondbrengen van eten en drinken of hulp bij administratieve handelingen. Daarbij zijn dergelijke functies belangrijk voor meer sociaal contact met cliënt of patiënt.

Er is geen overzicht van de mate waarin organisaties op deze manier taken herschikken. Wel zijn er signalen dat organisaties dit steeds vaker doen. Enkele voorbeelden zijn het UMC in Groningen met 100 mensen die op deze manier in dienst zijn gekomen en het Zuyderland ziekenhuis in Limburg dat nu 20 mensen werft. De uitdaging is om ervoor te zorgen dat veel meer organisaties dergelijke oplossingen toepassen. Hier zetten we sterk op in doordat:

1. Het Ministerie van VWS en het Ministerie van SZW samen met veldpartijen¹⁾ 7 aanvullende afspraken hebben gemaakt om ervoor te zorgen dat werkgevers enerzijds, en uitkeringsinstanties anderzijds, veel beter bewust zijn van de mogelijkheden die jobcarving biedt.

⁷ RegioPlus, ActiZ, VGN, UWV, Divosa, CNV Zorg en Welzijn, PO-Raad, Lesco, Sectorraad van het praktijkonderwijs.

2. Ik het nieuwe Regioteam vraag hier in elke regio expliciet aandacht voor te hebben.
3. Ik ervoor zorg dat handreikingen en goede voorbeelden beter worden verspreid. Het UWV biedt bijvoorbeeld bedrijfsadviezen «inclusieve arbeidsorganisatie». Hiermee kunnen werkgevers hun organisatie laten doorlichten om functies te creëren. Via de website van het Actie Leer Netwerk zal ik deze, en andere concrete voorbeelden uit de praktijk, actief verspreiden.
4. Ik aan de Commissie Werken in de Zorg vraag om in het najaar te monitoren of jobcarving in de regio's ook al echt goed wordt opgepakt. Deze toets is niet vrijblijvend. In het uiterste geval kan dit ertoe leiden dat middelen voor scholing vanuit SectorplanPlus tijdelijk worden aangehouden.

Vraag 65

Hoeveel van de 130.000 aangevraagde scholingstrajecten voor zij-instromers zijn daadwerkelijk gestart met een zorg-opleiding?

Antwoord:

Het subsidieportal staat nog open voor het invoeren van gestarte opleidingstrajecten door de werkgeversorganisaties. Een definitief cijfer is dus nog niet te geven.

Op dit moment zijn er zo'n 52.000 opleidingstrajecten gestart en aangemeld in de subsidieportal.

Vraag 66

Zijn de pilots met specifieke (cliënt)groepen in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet Maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) met betrekking tot cliëntondersteuning intussen van start gegaan?

Antwoord:

De vijf pilots met specifieke cliëntgroepen in de Wlz zijn alle gestart en bevinden zich in een verschillend stadium van ontwikkeling. Voor de vier doelgroepen binnen het sociaal domein geldt dat een aantal koplopergemeenten hiermee in pilots aan de slag gaat. De middelen voor deze pilots worden in de meicirculaire aan gemeenten beschikbaar gesteld. Deze pilots worden op dit moment voorbereid en opgestart.

Vraag 67

Wat merken de zorgprofessionals en de patiënten van het programma (Ont)Regel de zorg? Hoe wordt dit gemeten? Wat is hierin in 2018 bereikt?

Antwoord:

Het doel van het programma (Ont)Regel de Zorg is dat zorgprofessionals en patiënten/cliënten merkbaar minder regeldruk ervaren. Zo kunnen zorgprofessionals meer tijd besteden aan zorg in plaats van aan administratieve handelingen, en neemt hun werkplezier toe. Voor patiënten en cliënten nemen administratieve rompslomp en hindernissen af, en zij ervaren dat de arts of verpleegkundige meer tijd voor hen heeft. We meten deze effecten zoals ook in het programma beschreven op verschillende manieren: bijvoorbeeld door de voortgang van de afgesproken acties te monitoren en door de inzet van merkbaarheids-scans, waarmee de ervaren regeldruk door zorgprofessionals met een rapportcijfer en in tijdsbesteding wordt uitgedrukt. Deze merkbaarheids-scans zijn momenteel in uitvoering.

In 2018 is een aantal maatregelen uit het programma gerealiseerd, bijvoorbeeld:

- het afschaffen van de standaard risicosignalering en van de verplichting om bij elke wijziging in het zorgplan een handtekening van de cliënt te vragen in de wijkverpleging

- het verminderen van het aantal proces- en structuurindicatoren in de medisch specialistische zorg
- het terugbrengen van de frequentie van de NHG-praktijkaccreditering voor huisartsenpraktijken.

Een volledig overzicht van de gerealiseerde maatregelen is te vinden op www.ordz.nl.

Vraag 68

Wat is de voortgang als het gaat om het realiseren van de e-health doelstellingen, namelijk de zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg? Kan hierbij worden ingegaan op zowel de gestarte projecten om deze doelen te realiseren als de mate van realisatie van de doelen zelf?

Antwoord:

Uit de e-healthmonitor van 2018 blijkt dat de mogelijkheid tot online inzage de afgelopen jaren is gestegen volgens medisch specialisten. Inzagemogelijkheid in de gestelde diagnose is het snelst gestegen: 38% in 2018 tegenover 7% in 2014. Daarnaast nam de mogelijkheid voor patiënten om via internet binnengekomen uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen in te zien sterk toe (van 6% in 2014 naar 36% in 2018). Volgens huisartsen is de mogelijkheid tot online inzage voor patiënten vrijwel niet gewijzigd sinds 2014. Alleen de mogelijkheid om via internet inzage te krijgen in de voorgeschreven medicatie is verdubbeld sinds deze metingen gestart zijn (van 12% in 2014 naar 24% in 2018). De mogelijkheid om gebruik te maken van een online patiëntportaal is volgens verpleegkundigen in de ouderzorg toegenomen in de afgelopen jaren. In 2018 was dit 55%, vergeleken met 17% in 2014.

In 2018 is het percentage zelfmetingen niet gemeten. Uit de monitor van 2017 blijkt dat ruim de helft van de chronisch zieken (55%) en de helft van de kwetsbare ouderen (50%) zelf metingen van bepaalde gezondheidswaarden (zoals gewicht, bloeddruk en bloedsuikervalue) uitvoert. De doelstelling van 75% zelfmeting is daarmee gehaald, 40% van de patiënten geeft aan zelf geen gezondheidswaarden te willen meten.

Bij maximaal 10% van de patiënten in de ouderenzorg vindt beeldbellen plaats. In de ziekenhuiszorg is datzelfde percentage 21%. In de huisartsenzorg is het gebruik van beeldbellen nihil. Dit is deels verklaarbaar omdat beeldbellen inmiddels is vervangen door andere vormen van zorg op afstand zoals contact via een beveiligde app-verbinding of telefonisch consult.

In de aanbiedingsbrief bij de e-healthmonitor 2018 aan uw Kamer is aangegeven welke acties er lopen om de juiste randvoorwaarden te creëren, zoals de diverse VIPP-programma's om de digitale infrastructuur in de zorg te ontwikkelen en de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET). Daarnaast zijn er acties om de kennis en kunde van zorgmedewerkers te vergroten⁸, denk aan de bewustwordingscampagne Zorg van nu, die zorgprofessionals in het land laat zien welke toepassingen er allemaal al zijn en het vergroten van de digitale vaardigheden van zorgmedewerkers en patiënten. Binnenkort ontvangt uw Kamer een voortgangsrapportage van het programma Innovatie & Zorgvernieuwing waarin u wordt geïnformeerd over de stand van zaken van de diverse acties en de vervolgstappen die worden ingezet om het gebruik van e-health in de zorg te vergroten.

Vraag 69

⁸ Kamerstuk 27 529, nr. 165

Hoeveel en welke partijen zijn tot op heden aangesloten bij Z-CERT (het Computer Emergency response Team voor de Zorg)? Wat is de stand van zaken met betrekking tot het verplicht laten aansluiten van alle zorgaanbieders op het Z-CERT?

Antwoord:

Halverwege maart 2019 waren bij Z-CERT aangesloten:

- Alle academische ziekenhuizen
- 52 algemene ziekenhuizen
- 5 GGZ-instellingen
- 2 instellingen voor de gehandicaptenzorg
- 3 instellingen voor verpleging en verzorging

In de derde brief Gegevensuitwisseling die voor de zomer naar de Tweede Kamer wordt gezonden, wordt uitgebreid ingegaan op de stand van zaken mbt het verplicht laten sluiten van zorgaanbieders op Z-CERT.

Vraag 70

Welke vragen op het gebied van privacy in de zorg worden het vaakst gesteld? Waar lopen zorgpartijen met name tegenaan als het gaat om privacy(wetgeving)?

Antwoord:

De top 5 vragen die aan de AVG-Helpdesk voor zorg, welzijn en sport zijn gesteld gaan over:

1. Bewaartermijnen
2. E-mail om persoonsgegevens te delen
3. (Benodigde) toestemming
4. Rechten van betrokkenen
5. Wet cliëntenrechten versus AVG

De onderwerpen waar zorgpartijen met name tegenaan lopen als het gaat om privacy(wetgeving) gaan over draagvlak voor en bewustwording over de AVG binnen organisaties en verwarring over de AVG in relatie tot nationale wetgeving (met name bijvoorbeeld over toestemming).

Vraag 71

Welke afdelingen acute verloskunde zijn gevoelig en mogen in het kader van de 45-minutennorm dus niet sluiten?

Antwoord:

Ik heb u op 28 juni 2018 de laatste Analyse gevoelige ziekenhuizen van het RIVM toegestuurd (Kamerstuk 29 247, nr. 260). Daarin staat een overzicht van alle afdelingen acute verloskunde die op peildatum april 2018 gevoelig zijn en niet mogen sluiten. Het RIVM voert jaarlijks een landelijke analyse uit, waarbij de lijst met gevoelige ziekenhuizen wordt geactualiseerd. Voor het zomerreces ontvangt u de nieuwe Analyse gevoelige ziekenhuizen.

Vraag 72

Is er het voornemen om, aangezien de vaccinatiegraad van het Rijksvaccinatieprogramma over 2018 wederom is gedaald, tot een aanvulling te komen op de zes geformuleerde actiepunten? Zo nee, waarom niet? Zo ja, aan welke aanvullingen wordt gedacht?

Antwoord:

De meest recente cijfers stammen uit 2017. De cijfers van de vaccinatiegraad in 2018 zijn nog niet bekend. Deze verschijnen zeer binnenkort en worden voor de zomer met de Tweede Kamer gedeeld. Op basis van signalen uit de praktijk en naar aanleiding van recente media- en politieke

aandacht, is het niet ondenkbaar dat de vaccinatiegraad zal stabiliseren. Voorlopige cijfers die in januari zijn gepresenteerd door het RIVM laten dit ook zien.

In de brief «verder met vaccineren» (Kamerstuk 32 793, nr. 338) zijn 6 actielijnen geformuleerd, die tezamen 18 maatregelen bevatten. Deze zijn tot stand gekomen in samenspraak met ouders, artsen, verpleegkundigen, belangenorganisaties, communicatie-experts, wetenschappers en beleidsmakers. Er is alle vertrouwen in de effectiviteit van deze maatregelen en er is dan ook geen aanleiding om aanvullende maatregelen te nemen. Overigens worden er wel aanvullende maatregelen ingezet naar aanleiding van moties vanuit, en toezeggingen aan de Tweede Kamer. In dat kader volgt naar aanleiding van de motie Veldman nog dit jaar een onderzoek naar maatregelen die in de Nederlandse context nuttig kunnen zijn voor het verhogen van de vaccinatiegraad (Kamerstuk 32 793, nr. 381).

Vraag 73

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de unaniem aangenomen motie in de Kamer om te onderzoeken hoe de groep die in aanmerking komt voor de tegemoetkoming kan worden uitgebreid met ten eerste mensen die al zijn gediagnosticeerd met chronische Q-koorts, het Q-koortsvermoeidheidssyndroom (QVS) of een QVS-gelijkend ziektebeeld en voor 2007 en na 2011 besmet zijn, en ten tweede met mensen die na 1 oktober 2018 gediagnosticeerd zijn of de komende jaren nog gediagnosticeerd zullen worden met chronische Q-koorts, QVS of een QVS-gelijkend ziektebeeld, als gevolg van een eerdere besmetting ten tijde van de epidemie of in de aanloop dan wel nasleep ervan?

Antwoord:

Zoals ik u recent heb laten weten in de antwoorden op Kamervragen van de heer Van Gerven (Aanhangsel Handelingen II 2018/19, nr. 2811), is mij tijdens het debat op 12 maart jl. in de Tweede Kamer gevraagd om de huidige beleidsregel op bepaalde punten te herzien (Handelingen II 2018/19, nr. 61, item 33). Thans wordt uitgezocht op welke wijze het een en ander uitgewerkt moet worden. Binnenkort zal ik de Kamer hierover informeren.

Daarmee geef ik dan ook mijn reactie op het vergelijkbare verzoek van het lid Van den Berg (CDA), mede namens de leden Dik-Faber (CU), Raemakers (D66) en Van Gerven (SP), dat is gedaan in de procedurevergadering van 22 mei jl. over de stand van zaken van de uitvoering van de motie van lid Dik-Faber (Kamerstuk 25 295, nr. 63).

Vraag 74

Wat is de verklaring voor de onderbesteding van bijna anderhalf miljoen euro met betrekking tot het Preventieakkoord, mede gezien het recent gesloten Preventieakkoord? Welke oorzaken liggen ten grondslag aan deze onderuitputting? Is dit budget geoormerkt?

Antwoord:

Ik neem aan dat u hierbij doelt op de onderbesteding van € 1,461 mln. bij de post subsidies voor de Uitvoering landelijke nota gezondheidsbeleid/Nationaal Programma Preventie. Deze onderbesteding heeft geen betrekking op de middelen voor het Preventieakkoord. De belangrijkste oorzaak van het verschil tussen de oorspronkelijke begroting en de realisatie betreft een overheveling van € 1,5 mln. naar het Ministerie van OCW voor het onderzoek Preventie en big data in het kader van de Kennisagenda preventie: Nationale Wetenschapsagenda route Gezondheidsonderzoek, preventie en behandeling.

Vraag 75

Welke activiteiten hebben tot op heden plaatsgevonden in het kader van het Preventieakkoord?

Antwoord:

Uw Kamer ontvangt binnen nu en enkele weken een voortgangsbrief van de Staatssecretaris van VWS over de voortgang van de acties uit het Nationaal Preventie Akkoord dat op 23 november 2018 is ondertekend.

Vraag 76

Welke wetswijzigingsvoorstellen volgen uit het Preventieakkoord en in welke periodes (jaren) worden deze voorstellen aan de Kamer voorgelegd?

Antwoord:

In het Nationaal Preventie Akkoord is afgesproken wetswijzigingen voor te bereiden voor tabaksontmoediging en het tegengaan van problematisch alcoholgebruik.

Voor tabaksontmoediging betreft het regels omtrent de standaardverpakking voor sigaretten en shag en het wetsvoorstel uitbreiding rookverbod voor de elektronische-sigaret met en zonder nicotine en toekomstige dampwaren en aanverwante producten. Ik streef ernaar voor het einde van het jaar deze voorstellen naar uw Kamer toe te sturen. U ontvangt dan ook de AMvB over de rookvrije schoolterreinen. De AMvB voor het uitstalverbod is op 19 december 2018 reeds ter behandeling aan uw Kamer aangeboden. Voor het afschaffen van de rookruimten in 2022 in de (semi) publieke sector en openbare gebouwen en de uitbreiding van het reclameverbod wordt op dit moment wetgeving voorbereid. Deze voorstellen tot wetswijziging worden naar verwachting begin 2020 bij uw Kamer ingediend. De artikelen 15 en 16 van de tabaksproductenrichtlijn, waaruit volgt dat tabaksproducten een unieke identificatiemarkering en een veiligheidskenmerk moeten bevatten, worden tevens in wetgeving geïmplementeerd. Het wetsvoorstel is op 13 mei 2019 bij Uw Kamer ingediend (Kamerstuk 35 204). Tot slot wordt voor de ratificatie en implementatie van het Protocol betreffende de uitbanning van illegale handel in tabaksproducten (*Trb.* 2014, nr. 155) wetgeving voorbereid.

Ten aanzien van het thema alcohol is in het preventieakkoord afgesproken dat er wetgeving wordt voorbereid om regels vast te stellen voor verkoop van alcoholhoudende drank via internet of telefoon. Deze regels zijn onlangs voorgelegd voor internetconsultatie, samen met regels ter voorkoming van prijsacties van meer dan 25% en het strafbaar stellen van het wederverstrekken van alcoholhoudende drank aan minderjarigen. Ik verwacht het wetsvoorstel eind 2019 aan uw Kamer te doen toekomen.

Vraag 77

Om welke reden is de communicatie over de verhoging van leeftijds grenzen voor alcohol en tabak nog niet gestart? Wordt dit budget voor deze post overgeheveld naar 2019?

Antwoord:

Per 1 januari 2014 zijn de Drank- en Horecawet en de Tabakswet gewijzigd en is de leeftijdsgrens verhoogd van 16 naar 18 jaar. Aan jongeren onder de 18 mag geen alcohol of tabak meer worden verkocht. Ten behoeve van bewustwording van deze nieuwe sociale norm is sinds deze wijziging een meerjarige campagne ingezet. In 2018 is circa € 1,1 miljoen overgeheveld naar het Ministerie van AZ voor de uitvoering/realisatie van de campagne «communicatie sociale norm 18 jaar, NIX18-campagne». Het Ministerie van VWS is opdrachtgever van de NIX18-campagne, maar het Ministerie van AZ vervult een (financieel) coördinerende rol als het gaat om massa

mediale overheidscampagnes. Door de overheveling van het budget naar het Ministerie van AZ zijn er dus via de begroting van VWS geen middelen uitgegeven aan de campagne en lijkt het alsof er in 2018 geen uitgaven voor de campagne zijn gedaan. Dit is echter niet het geval.

Vraag 78

Welke concrete afspraken op het gebied van slimme zorg thuis zijn er, in lijn met de motie over slimme zorg thuis voor patiënten met Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), gemaakt in de hoofdlijnenakkoorden voor de periode 2019–2022? (Kamerstuk 35 000-XVI, nr. 24)

Antwoord:

In de hoofdlijnenakkoorden medisch specialistische zorg, huisartsenzorg en wijkverpleging 2019–2022 zijn afspraken gemaakt over acties ten aanzien van innovatieve zorgvormen en e-health. Er zijn geen specifieke afspraken gemaakt over COPD. De acties zijn bewust zoveel mogelijk op dezelfde manier geformuleerd in de verschillende akkoorden in verband met het overstijgende karakter van innovatieve zorgvormen/e-health. Eerder bent u hierover geïnformeerd met kamerstuk 29 248, nr. 309, Kamerstuk 29 689, nr. 907 en Kamerstuk 33 578, nr. 56. De invulling van Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 24 sluit bij deze afspraken aan.

Vraag 79

Wordt de doelstelling uit 2018, dat slimme zorg thuis bij COPD-patiënten en patiënten met hartfalen binnen drie jaar voor iedereen beschikbaar is, behaald met de huidige hoofdlijnenakkoorden? Zo nee, waarom niet? (Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 24)

Antwoord:

Het is nog te vroeg om over het in deze vraag genoemde doel een uitspraak te kunnen doen. Er zijn in de praktijk al mooie voorbeelden op dit gebied. Deze worden o.a. via het programma Zorgvannu.nl door VWS verspreid.

Verder wordt met verschillende actielijnen invulling gegeven aan het invullen van de afspraken over innovatieve zorgvormen en e-health uit de hoofdlijnenakkoorden. Het betreft activiteiten zoals in het kader van het NVZ-programma JuMP (Juiste medisch- specialistische zorg op de juiste plek, waarin ziekenhuizen en revalidatiecentra hun kennis en inzet bundelen om de gemaakte afspraken in het hoofdlijnenakkoord te kunnen bereiken), de vliegwielcoalitie geïnitieerd door Patiëntenfederatie Nederland, via het Citrienfonds e-health van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Vitaal thuis/ziekenhuiszorg thuis van Vitavalley, de stimuleringsregeling e-health thuis (SET) en totstandkoming keurmerken slimme zorg thuis en samenwerkingsafspraken tussen zorg en bedrijfsleven. In de hoofdlijnenakkoorden is ook expliciet afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de contractering standaard e-health toepassingen en innovatie meenemen als deze doelmatig zijn en meerwaarde hebben voor patiënten.

VWS organiseert regiobijeenkomsten, werkt aan de ontwikkeling van een kennisnetwerk en vindplaats voor goede voorbeelden.

Via onder meer de bestaande bestuurlijke overleggen voor de hoofdlijnenakkoorden wordt de voortgang besproken, geleerd van de ervaringen, en aangejaagd en ondersteund als daar aanleiding voor is. Ook indien de afspraken minder voortvarend verlopen dan de in de akkoorden afgesproken ambities, zal dit in de genoemde bestuurlijke overleggen worden besproken en zullen zo nodig aanvullende acties worden afgesproken.

Tevens onderzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) mogelijke aanpassingen in de bekostiging, gericht op het stimuleren van slimme

zorg thuis. Onder andere wordt in 2020 de prestatie ziekenhuis verplaatste zorg naar thuis geïntroduceerd.

Ik zal u over de voortgang informeren en zo nodig bij partijen aandringen op verdere versnelling.

Vraag 80

Waarom is de subsidieregeling Medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden verruimd in 2018 terwijl er amper gebruik van gemaakt wordt?

Antwoord:

De Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden is met ingang van 1 maart 2018 ook opengesteld voor spoedeisende zorg aan niet-verzekeringplichtigen, omdat gebleken was dat de eis van verzekeringplicht leidde tot aanzienlijke aantallen afwijzingen. De regeling voldeed daarmee niet aan de beleidsdoelstelling financiële belemmeringen voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen – vaak de kwetsbaarste groepen in de samenleving – weg te nemen. In november 2018 is de regeling verder opengesteld en is ook de voorwaarde van verzekeringplicht voor niet-spoedeisende zorg met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018 vervallen, omdat bleek dat relatief veel niet-spoedeisende zorg aan niet-verzekeringplichtigen werd gegeven. Daarmee is de regeling juist verruimd zodat er beter gebruik van kan worden gemaakt.

Vraag 81

Hoe vaak is er gebruik gemaakt van de subsidieregeling Medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden voor het declareren van niet-spoedeisende zorg? Om welke bedragen ging dat?

Antwoord:

Over 2018 zijn ruim 1.800 declaraties voor niet spoedeisende zorg ingediend. Het gaat hierbij om een bedrag van circa € 4 miljoen.

Vraag 82

Wat is de verklaring voor de onderbesteding van ruim € 1,3 miljoen op de post Zwangerschap en geboorte?

Antwoord:

Deze middelen waren in 2018 gereserveerd voor een regeling voor het digitaal uitwisselen van gegevens in de geboortezorg en het ontsluiten van deze gegevens naar de zwangere. Deze regeling is in 2018 niet opengesteld wat de verklaring is voor deze onderbesteding. Reden hiervoor is dat er in 2018 is gefocust op de inhoud en de kaders voor een dergelijke regeling.

Het streven is om in juli van dit jaar een regeling te publiceren. Via het programma BabyConnect stel ik tussen 2019 en 2022 € 15 miljoen beschikbaar, om de regio's te ondersteunen bij de implementatie van een oplossing voor digitale gegevensuitwisseling en het – via MedMij – ontsluiten van deze gegevens aan de patiënt.

Vraag 83

Hoeveel datalekken hebben er in 2018 in de zorg plaatsgevonden, uitgesplitst naar de verschillende sectoren? Van hoeveel personen is de privacy hierdoor in gevaar gekomen?

Antwoord:

In 2018 zijn er 6.055 datalekken in de sector zorg en welzijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). Volgens de AP komen deze datalekken uit de volgende sectoren:

- 27% Apothekers en huisartsen

- 24% Ziekenhuizen
- 9% Zorgstichting en bevolkingsonderzoek
- 6% Zorgverzekeraars
- 6% Jeugdzorg
- 6% GGZ-instellingen
- 22% Overige Onder «overig» wordt o.a. verstaan: de maatschappelijke dienstverlening, verpleeghuizen, psychiaters, psychologen en fysiotherapeuten.

Het aantal personen waarvan de privacy per datalek is geraakt, wordt niet bekend gemaakt door de AP.

In het algemeen (over alle meldingen in 2018) geeft de AP aan dat in 58% van de meldingen van datalekken het de privacy van één persoon betrof, 21% betrof de privacy van 2 tot 10 personen. In 3% van de datalekken betrof het meer dan 5.000 personen.

Vraag 84

Waarom is € 9,3 miljoen van de beschikbare € 13,5 miljoen voor de Sluitende aanpak verwarde personen niet uitgegeven? Is dit budget geormerkt? Welke resultaten zijn er met betrekking tot de Sluitende aanpak verwarde personen in 2018 gerealiseerd?

Antwoord:

Zoals in de tweede suppletoire begroting 2018 vermeld (Kamerstuk 35 095 XV), is beperkt gebruik gemaakt van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. De belangrijkste oorzaak daarvan was de voorwaarde van verzekeringsplicht. Deze voorwaarde is per 1 maart 2019 met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018 vervallen. Voorts waren er signalen dat een deel van de zorgaanbieders de regeling niet kende. Om deze reden verzorgt Zorgverzekeringslijn.nl sinds maart 2019 regionale voorlichtingsbijeenkomsten. Er is inmiddels een significante stijging van de ingediende declaraties geconstateerd. Het genoemde budget is niet geormerkt.

In zijn slotrapportage constateert het Schakelteam dat er de afgelopen jaren veel is gebeurd in de aanpak van de problemen van mensen met verward gedrag. Er is in 23 regio's een landelijk dekkend netwerk gerealiseerd waarin gemeenten, verzekeraars, politie, openbaar ministerie, de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor licht verstandelijk beperkten, de GGD, ambulancezorg en cliëntorganisaties met elkaar samenwerken aan een goed werkende aanpak. Vaak met als basis bestuurlijke afspraken tussen de belangrijkste partijen. Cliënten, ervaringsdeskundigen en families zijn in iedere regio betrokken bij de aanpak. De bouwstenen van het Aanjaagteam en Schakelteam zijn hierbij behulpzaam gebleken. Als onderdeel van het actieprogramma «lokale initiatieven personen met verward gedrag» van ZonMw waren eind 2018 de 246 regionale praktijkprojecten in nagenoeg alle gemeenten uitgevoerd. Alle 23 Schakelteamregio's hebben projecten uitgevoerd. Daardoor is er een flinke beweging op gang gekomen en overal in het land is er aandacht voor deze doelgroep. Hiermee is het actieprogramma een zeer belangrijk onderdeel geweest van onze aanpak. Alle betrokkenen zijn het erover eens dat er sprake is van een verbeterde samenwerking tussen de verschillende disciplines. Er is veel enthousiasme en betrokkenheid. Dat is goed nieuws. De regio's geven hierbij echter tevens aan dat de aanpak voor personen met verward gedrag nog structureel geborgd dient te worden in de eigen lokale en regionale structuren. Daar zetten we vanaf 2019 op in.

Vraag 85

Waarom is € 817.000 van de beschikbare € 905.000 voor de uitvoering van de Wet verplichte ggz (Wvvgz) niet besteed? Is dit budget geormerkt?

Antwoord (ook op vraag 87):

Op 23 januari 2018 is de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz) door de Eerste Kamer aanvaard. Bij de wetsbehandeling in de Tweede Kamer in 2017 was een implementatietermijn van een jaar toegezegd en was de inwerkingtreding voorzien voor 2019. Begin 2018 is – mede op verzoek van het veld voor een ruime implementatietermijn – afgesproken om uit te gaan van inwerkingtreding per 1 januari 2020. Daarmee is het zwaartepunt van de voorbereiding van veldpartijen op deze nieuwe wet in 2019 komen te liggen. Daarom is in 2018 slechts een beperkt deel van het budget besteed. Het betreft een budget dat structureel voor meerkosten van de Wvvgz is gereserveerd en opnieuw beschikbaar is voor 2019 en verder.

Vraag 86

Waarom is € 900.000 van de beschikbare € 1 miljoen voor de Publiekscampagne Depressie niet besteed?

Antwoord:

Deze middelen zijn wel degelijk allemaal ingezet ten behoeve van de publiekscampagne. Er heeft echter een interne overboeking plaatsgevonden van de middelen waardoor geen directe link meer te zien is op artikel 2 waaronder deze uitgaven zijn begroot.

Vraag 87

Hoe komt het dat € 817.000 minder is uitgegeven aan de uitvoering van de Wvvgz? Blijft dat geld beschikbaar voor de implementatie van de Wvvgz? Welk effect heeft dit voor de invoering van de wet?

Antwoord (ook op vraag 85):

Op 23 januari 2018 is de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz)(Kamerstuk 32 399) door de Eerste Kamer aanvaard (Handelingen I 2017/18, nr. 16, item 4). Bij de wetsbehandeling in de Tweede Kamer (Handelingen II 2016/17, nr. 48, item 10) in 2017 was een implementatietermijn van een jaar toegezegd en was de inwerkingtreding voorzien voor 2019. Begin 2018 is – mede op verzoek van het veld voor een ruime implementatietermijn – afgesproken om uit te gaan van inwerkingtreding per 1 januari 2020. Daarmee is het zwaartepunt van de voorbereiding van veldpartijen op deze nieuwe wet in 2019 komen te liggen. Daarom is in 2018 slechts een beperkt deel van het budget besteed. Het betreft een budget dat structureel voor meerkosten van de Wvvgz is gereserveerd en opnieuw beschikbaar is voor 2019 en verder.

Vraag 88

Wat is de verklaring voor de piek aan ggz-kosten voor illegalen en onverzekerden?

Antwoord:

Uit de declaratiegegevens blijkt dat er relatief veel gebruik wordt gemaakt van (spoedeisende) ggz-zorg. Hierbij moet echter vermeld worden dat de Subsidierегeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden ook wordt benut vanuit het plan van aanpak personen met verward gedrag. Gelet hierop zijn de relatief hoge kosten voor ggz-zorg goed verklaarbaar.

Vraag 89

Doen alle partijen mee aan de regionale coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf (ELV)?

Antwoord:

Ja, alle partijen (Zorgverzekeraars Nederland, ActiZ, Landelijke Huisartsen Vereniging, Verenso, V&VN, InEen, Zorgthuisnl en de Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen) zijn op landelijk niveau betrokken bij de realisatie en doorontwikkeling van de regionale coördinatiefuncties. Zij communiceren ook hierover naar hun achterban.

Vraag 90

Is er nu een goed beeld van capaciteit in alle regio's?

Antwoord:

Nee, op dit moment niet. Ik heb de NZa gevraagd te onderzoeken of er voldoende capaciteit beschikbaar is. De NZa rapporteert hierover uiterlijk begin volgend jaar.

Vraag 91

Wat betekent dat in de praktijk voor de mensen die ELV nodig hebben?

Antwoord:

De zorgverleners van de mensen die ELV nodig hebben, kunnen bij de regionale coördinatiefuncties terecht voor een beschikbare plek. Wanneer er geen beschikbare capaciteit is in de regio, is het aan de zorgverlener om contact op te nemen met de zorgverzekeraar van de betreffende persoon voor het regelen van een ELV-opname in het kader van de zorgplicht. Idealiter hebben de regionale coördinatiefuncties straks goed inzicht in benodigde en beschikbare capaciteit en kan op regionaal niveau met zorgverzekeraars het gesprek hierover gevoerd worden.

Vraag 92

Wat heeft de Community of Practice tot nu toe gedaan en gerealiseerd?

Antwoord:

De Rijksbouwmeester is onder meer in gesprek met de gemeenten Almere, Groningen, Rotterdam en Sittard-Geleen over de totstandkoming van de initiatieven van de prijswinnaars van Who Cares. Het ontwerp van een van de prijswinnaars wordt gebruikt bij de gebiedsvisie voor Almere-Haven. Inmiddels wordt onderzocht of het project van Michi Noeki in Groningen om te zorgen voor meer ontmoeting in de wijk ook kan worden toegepast in Den Haag, Amersfoort en Apeldoorn. Er wordt in Rotterdam gezocht naar een nieuwe locatie voor het plan van «Who Dares» voor de herontwikkeling van een wijk. Voor de realisatie van het plan in Sittard-Geleen («De wijk als (t)huis») wordt een stuurgroep gevormd en is door gemeente en Limburg een subsidie ter beschikking gesteld om de haalbaarheid te onderzoeken. Daarnaast is een eerste werkconferentie geweest voor ca. 100 mensen met workshops over de thema's Geld en Grond, Techniek, Diversiteit en Bewonersinitiatief.

Vraag 93

Waarom wordt het plan om een lokale coalitie tegen eenzaamheid op te starten slechts door 63 gemeenten (en dus niet door de overige, meer dan 80% van de gemeenten) onderschreven?

Antwoord:

Ondertussen zijn er 117 gemeenten actief aangesloten bij het landelijke Actieprogramma Eén tegen eenzaamheid. Dit aantal groeit per week. Het aantal gemeenten dat al een aanpak tegen eenzaamheid heeft, ligt hoger. Zo heeft al twee derde van de gemeenten in hun collegeprogramma's eenzaamheid benoemd als thema waar zij als college mee aan de slag gaan. De komende tijd blijf ik inzetten op het aansluiten van gemeenten

zodat uiteindelijk overal een lokale coalitie tegen eenzaamheid bestaat die duurzaam het thema aanpakt.

Vraag 94

Hoe verklaart u dat vooralsnog 63 gemeenten een lokale coalitie tegen eenzaamheid opstartten?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 93.

Vraag 95

Op welke wijze ziet u kans om de regeling Sectorplan Plus zodanig vorm te geven dat het aantal opleidingstrajecten nog verder groeit?

Antwoord:

Voor het derde tijdvak heb ik het oorspronkelijk beschikbare budget verhoogd tot 141 mln. waardoor er in dit tijdvak zo'n 75% meer opleidingstrajecten kunnen starten dan oorspronkelijk voorzien. Daarnaast zoeken we continu met het veld naar mogelijkheden om SectorplanPlus nog beter aan te laten aansluiten op de vraag vanuit werkgevers. Een goed voorbeeld daarvan is het opnemen van de oriëntatiebanen in de VVT in SectorplanPlus. Ook kijken we hoe we de administratieve lasten van de maatwerkopleidingen in SectorplanPlus verder kunnen beperken. Daartoe organiseren we in juni samen met individuele werkgevers, accountants en de uitvoering een tweedaagse sessie over anders en slimmer verantwoorden.

Vraag 96

Wat is het aandeel van zij-instromers in de stijging van het personeel in verpleeghuizen?

Antwoord:

Van alle werknemers die in 2018 bij een verpleeghuis in dienst zijn gekomen, was circa 35% een zij-instromer. Dit cijfer is gebaseerd op de pensioenadministratie van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn.

Vraag 97

Is er in verhouding tot het aantal bewoners meer personeel bij gekomen?

Antwoord:

Ja. In de 2^e voortgangsrapportage van het programma Thuis in het Verpleeghuis⁹ heb ik verslag gedaan van de personeelsontwikkeling in verhouding tot het aantal bewoners. Concreet is het aantal werknemers in verpleeghuizen in 2018 met ruim 18.500 (circa 9.000 fte) toegenomen ten opzichte van 2018. Dat betekent dat er op een gemiddelde verpleeghuislocatie in 2018 gemiddeld 8 werknemers extra zijn ingezet per locatie. Deze groei was deels benodigd om de groei van het aantal cliënten op te vangen, maar komt voor een belangrijk deel (circa 4.000 fte) ook ten goede aan extra medewerkers voor meer tijd en aandacht voor bewoners.

Vraag 98

Wie zijn de veertien nieuwe koplopers?

Antwoord:

In november 2018 zijn na selectie 12 nieuwe gemeenten aangewezen alsmede twee regio's van samenwerkende gemeenten: Alkmaar, Breda, De Wolden, Dordrecht, Gouda, Heeze-Leende, de Oosterschelderegio (7

⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 411.

gemeenten), Putten, regio Twente (14 gemeenten), Roosendaal, Teylingen, Tilburg, Veldhoven en Voorst.

Vraag 99

Wat is de opdracht van deze koplopers?

Antwoord:

Koplopergemeenten gaan aan de slag met het doorontwikkelen van de functie onafhankelijke cliëntondersteuning binnen hun eigen gemeente. Deze doorontwikkeling dient bij te dragen aan realisatie van de vier opgaven zoals beschreven in de brief van 12 juli 2018 (Kamerstuk 31 476, nr. 22). De concrete uitwerking is afhankelijk van de specifieke regionale en lokale omstandigheden, wat maatwerk vergt. Voorbeelden van thema's waar gemeenten mee aan de slag gaan: domeinoverstijgende cliëntondersteuning (aandacht voor werk & inkomen en schulden), aansluiting formele en informele cliëntondersteuning (met aandacht voor op- en afschalen), overgang Wmo/Wlz, preventieve en outreachende vormen van cliëntondersteuning en zo makkelijk mogelijke toegang tot clientondersteuners. Een aantal gemeenten gaat in pilots aan de slag met de vier doelgroepen binnen het sociaal domein zoals beschreven in de brief van 15 oktober 2018 (Kamerstuk 31 476, nr. 23) om zo ervaring op te doen met hoe (gespecialiseerde) cliëntondersteuning kan worden ingericht voor deze doelgroepen. Daarnaast vervullen de koplopergemeenten een ambassadeursfunctie in de regio om opgedane kennis te delen met andere gemeenten en andere gemeenten te inspireren. Ze worden hierbij begeleid en ondersteund door Movisie.

Vraag 100

Wat was de instroom van personeel dat in 2018 ging werken in de zorgsector?

Antwoord:

Er is momenteel nog geen exact cijfer te geven van de instroom in de sector zorg en welzijn, zoals dat al wel kan voor uitstroom (het meest recente kwartaal ten opzichte van hetzelfde kwartaal een jaar eerder). Begin juni 2019 verwacht het CBS over dit cijfer te kunnen beschikken. Indicatief kan de instroom op basis van de meest recente inzichten over de mobiliteit in de sector aangevuld met de werkgelegenheidsontwikkeling, beide op basis van CBS-data geraadpleegd op 27 mei 2019, ingeschat worden op circa 150.000 personen in 2018.

Vraag 101

Wat was de uitstroom van personeel dat in 2018 stopte met het werken in de zorgsector?

Antwoord:

Op basis van de meest recente cijfers van het CBS lag de uitstroom uit de sector zorg en welzijn in 2018 (meetmoment vierde kwartaal) op 119.160 personen. Onder uitstroom vallen zowel mensen die vergeleken met 12 maanden eerder in een andere sector gaan werken als mensen die niet meer actief zijn als werknemer (o.a. pensioen, uitkering, uitstroom van werknemer naar zelfstandige).

Vraag 102

Hoe kan het dat op dit moment slechts 63 gemeenten een lokale coalitie tegen eenzaamheid hebben opgestart?

Antwoord:

Zie antwoord op 93.

Vraag 103

Hoe gaat u ervoor zorgen dat nog meer dan de tot nu toe 105 locaties deel gaan nemen aan Waardigheid en Trots op Locatie?

Antwoord:

Deelname aan «Waardigheid en Trots op locatie» is een keuze van de zorgorganisaties zelf. Dit stimuleer ik door middel van communicatie over het programma zelf en over de resultaten die deelnemende organisaties boeken. Bovendien is deelname aan «Waardigheid en Trots op locatie» voor zorgorganisaties gratis. De deelname aan «Waardigheid en Trots op locatie» neemt overigens toe. Op 21 mei jl. heb ik u via de voortgangsrapportage over «Thuis in het verpleeghuis» gemeld dat er inmiddels 194 locaties deelnemen (Kamerstuk 31 765, nr. 411).

Vraag 104

Ziet u kans om de Regeling Sectorplan Plus zodanig vorm te geven dat het aantal opleidingstrajecten nog verder groeit?

Antwoord:

Voor het derde tijdvak heb ik het oorspronkelijk beschikbare budget verhoogd tot 141 mln. waardoor er in dit tijdvak zo'n 75% meer opleidingstrajecten kunnen starten dan oorspronkelijk voorzien. Daarnaast zoeken we continu met het veld naar mogelijkheden om SectorplanPlus nog beter aan te laten aansluiten op de vraag vanuit werkgevers. Een goed voorbeeld daarvan is het opnemen van de oriëntatiebanen in de VVT in SectorplanPlus. Ook kijken we hoe we de administratieve lasten van de maatwerkopleidingen in SectorplanPlus verder kunnen beperken. Daartoe organiseren we in juni samen met individuele werkgevers, accountants en de uitvoering een tweedaagse sessie over anders en slimmer verantwoorden.

Vraag 105

Kunt u nader ingaan op de plannen met Waardigheid en Trots op Locatie door «verder opgepakt» te concretiseren?

Antwoord:

Met «verder opgepakt» wordt bedoeld dat de locaties die deelnemen aan «Waardigheid en Trots op locatie» worden ondersteund bij het gaan voldoen aan het kwaliteitskader. Daartoe worden de volgende stappen gezet. Er wordt samen met de locatie bezien waar de locatie staat ten opzichte van het kwaliteitskader. Vervolgens wordt bezien welke ondersteuning er nodig is, zodat de locatie gaat voldoen aan het kwaliteitskader. Deze ondersteuning is aanvullend op hetgeen de zorgorganisatie zelf al doet. De derde stap is het bieden van ondersteuning. De ondersteuning is erop gericht, dat de zorg zoals geboden wordt door de locatie aan de bewoners, aansluit op de normen in het kwaliteitskader.

Vraag 106

Zijn de verbeterplannen van de verpleeghuizen openbaar? Zo ja, waar zijn deze te vinden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Uit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg volgt dat de kwaliteitsplannen van de verpleeghuizen niet openbaar zijn. Deze zijn bedoeld om te leren en te verbeteren en het kwaliteitskader stelt dat de plannen zijn bedoeld voor de verpleeghuizen zelf. De kwaliteitsplannen en de bijbehorende begrotingen worden door de verpleeghuizen wel besproken met de zorgkantoren. Ook kan de IGJ ze betrekken bij haar toezicht. Jaarlijks leggen verpleeghuizen verantwoording af over de uitvoering van hun kwaliteitsplannen. Deze kwaliteitsverslagen zijn openbaar en te vinden op

de website van de betreffende zorgorganisatie en de url daarvan in de Openbare Database (ODB) van het Zorginstituut Nederland. De database is te raadplegen via de website www.zorginzicht.nl.

Vraag 107

Hoeveel van de aanvragen voor de 26.000 opleidingstrajecten die ingediend zijn voor de regeling Sectorplan Plus zijn gehonoreerd? Hoeveel mensen waarvoor de aanvraag is ingediend hebben hun opleiding afgemaakt? Hoeveel van hen zijn momenteel werkzaam in de (verpleeghuis)zorg?

Antwoord:

Deze 26.000 opleidingstrajecten zijn ingediend voor tijdvak 2. In dit tijdvak zijn alle aangevraagde opleidingstrajecten gehonoreerd. Aangezien zowel tijdvak 1 als tijdvak 2 nog lopen en nog opleidingen gevolgd worden kunnen nog geen uitspraken worden gedaan over het aantal mensen dat de opleiding heeft afgemaakt en hoeveel van deze mensen werkzaam zijn in de (verpleeghuis)zorg.

Vraag 108

Welke acties zijn ondernomen om de eenzaamheid onder jongeren aan te pakken? Welk deel van de € 29 miljoen die beschikbaar is voor het programma Eén tegen eenzaamheid komt ten gunste van de aanpak van eenzaamheid onder jongeren?

Antwoord:

«Eén tegen eenzaamheid» is een van de drie actieprogramma's binnen het pact voor de ouderenzorg. De focus op ouderen binnen dit programma heeft een inhoudelijke reden: de Nederlandse bevolking vergriest en wordt steeds ouder en eenzaamheid blijkt boven de 75+ snel toe te nemen. Dit vraagt om een gerichte aanpak. Ouderen hebben te maken met veel vormen van verlies: partner, familieleden, vrienden komen te overlijden. De publiekscampagne, de monitoring en de nationale coalitie richten zich daarom primair op ouderen.

Aan de andere kant is de lokale aanpak in veel gemeenten gericht op zowel ouderen als andere groepen, zoals jongeren. Ik ondersteun gemeenten bij hun aanpak, ook als deze niet primair op ouderen gericht is. Zo organiseer ik onder andere bijeenkomsten en events zoals de Week tegen Eenzaamheid, waarbij gemeenten worden ondersteund in hun lokale activiteiten en het maken van lokale coalities. Zowel in 2018 als in 2019 investeer ik circa € 4,5 mln om de lokale aanpak te ondersteunen vanuit het Centrum tegen Eenzaam i.o.

Vraag 109

Kunt u aangeven hoe u zich inspant om nog niet aangesloten gemeenten te bereiken in het kader van het programma Eén tegen Eenzaamheid?

Antwoord:

Ik bereik gemeenten op drie verschillende manieren:

- Een directe benadering, waarbij gemeenten bericht van VWS krijgen om mee te doen. Twee ambassadeurs van het programma, Marianne van den Anker en Eric van der Burg, hebben hiervoor alle G40 gemeenten bezocht. Marianne van den Anker bezoekt nu alle GGD regio's in Nederland om uiteindelijk alle verantwoordelijke wethouders gesproken te hebben. Alle gemeenten die meedoen kunnen gratis adviesuren vanuit het programma krijgen.
- Een indirecte benadering, waarbij ik activiteiten en bijeenkomsten organiseer. Een voorbeeld hiervan is de wethoudersbijeenkomst van 22 mei 2019, waarbij 26 wethouders hun handtekening hebben gezet onder de aanpak. En de Week tegen Eenzaamheid waarbij gemeenten

worden geactiveerd om met hun lokale partners activiteiten te organiseren. Verder is het programma zichtbaar tijdens het VNG jaarcongres, via de campagne en website, stuur ik wethoudersbrieven en organiseert VWS regiobijeenkomsten.

- Een re-actieve benadering, waarbij ik reageer op binnengekomen vragen die ontstaan door de goede mond-op-mond reclame. Wethouders die mee doen worden gevraagd om ook de buurgemeenten te enthousiasmeren.

Vraag 110

In hoeverre ziet u mogelijkheden om extra te investeren in sociaaleconomisch zwakkere gemeenten in het kader van het programma Eén tegen Eenzaamheid?

Antwoord:

De middelen voor de Wmo, waarbinnen de verantwoordelijkheid voor een aanpak eenzaamheid valt, worden verdeeld via de reeds bekende verdeelsleutel. Hierbij wordt onder andere rekening gehouden met de sociaal economische status van de inwoners. In 2018 heb ik daarnaast een decentralisatie-uitkering uitgekeerd aan de 16 gemeenten met het grootste aantal eenzame inwoners in relatieve zin (op basis van de Gezondheidsmonitor 2016).

Vraag 111

Kunt u specificeren hoeveel van de genoemde € 26 miljoen bestemd voor het programma Eén tegen Eenzaamheid in 2018 is uitgegeven en waaraan?

Antwoord:

In 2018 was 8 miljoen beschikbaar voor het programma Eén tegen Eenzaamheid.

Die is als volgt besteed:

Activiteit	(x 1.000)
Campagne, websites, overige communicatie	1.300
Decentralisatieuitkering «versnelling aanpak eenzaamheid»	3.500
Events, bijeenkomsten	700
Toolkit en kennisproducten	500
Programmakosten	1.000
Inrichting Centrum tegen Eenzaamheid i.o.	1.000
TOTAAL	8.000

Vraag 112

Hoeveel gemeenten hebben precies in 2018 een meldpunt tegen eenzaamheid ingericht en wat is de ambitie voor 2019?

Antwoord:

Ik heb nog geen gegevens over het aantal gemeenten dat een meldpunt heeft ingericht. Eind 2019 doe ik een benchmark onder de aangesloten gemeenten, waarbij ik ook het meldpunt meeneem. Mijn ambitie voor 2019 is dat in minstens 20% van de aangesloten gemeenten een punt is waar meldingen samenkomen en er actie op wordt gezet.

Vraag 113

Hoeveel 75-plussers zijn er in 2018 bezocht door deelnemers aan het programma Eén tegen Eenzaamheid?

Antwoord:

Ik heb nog geen gegevens over het aantal gemeenten dat 75-plussers heeft bezocht. Eind 2019 doe ik een benchmark onder de aangesloten gemeenten, waarbij ik ook de bezoeken aan huis meeneem. Mijn ambitie voor 2019 is dat minstens de helft van de aangesloten gemeenten op bezoek gaat bij haar 75-plussers.

Vraag 114

Kunt u van de huidige aangesloten gemeenten specificeren welke organisaties, bedrijven en instellingen actief participeren in het programma Eén tegen Eenzaamheid?

Antwoord:

Ik heb nog geen gegevens over welke organisaties, bedrijven en instellingen participeren in de huidige aangesloten gemeenten. Eind 2019 doe ik een benchmark onder de aangesloten gemeenten, waarbij ik de coalitievorming en – verbreding meeneem. De partijen die zijn aangesloten in de Nationale Coalitie worden gestimuleerd om met hun lokale filialen en organisaties aan te sluiten bij de lokale coalities.

Vraag 115

Met hoeveel procent zijn de administratieve lasten voor zorgverleners in het algemeen afgenomen in 2018 als gevolg van het programma Ontregel de Zorg? Met hoeveel procent is dit afgenomen voor de diverse groepen zorgverleners (wijkverpleegkundigen, medisch specialisten, huisartsen, e.d.)? Indien deze gegevens niet beschikbaar zijn, hoe wordt dan bekeken of het programma zijn doelen haalt en in welke mate het programma aan een eventuele afname van administratieve lasten bijdraagt?

Antwoord:

Gegevens over de administratieve lasten voor zorgverleners worden niet systematisch op zodanige wijze verzameld dat een procentuele afname over het jaar 2018 vast te stellen is. Op verschillende manieren maken we de mate waarin de doelen van het programma (Ont)Regel de Zorg gerealiseerd worden inzichtelijk, bijvoorbeeld door het monitoren van de voortgang van de afgesproken acties en door de inzet van merkbaarheids-scans, een instrument waarmee zorgverleners de door hen ervaren regeldruk uitdrukken in een rapportcijfer en in tijdsbesteding. Deze merkbaarheids-scans zijn momenteel in uitvoering. Bij gelegenheid van de voortgangsrapportage bij het programma (Ont)Regel de Zorg informeren wij uw Kamer hier uitgebreider over.

Vraag 116

Waaruit bestaan de tot nu toe gemaakte kosten voor Waardig ouder worden (€ 250 duizend en € 469 duizend respectievelijk)?

Antwoord:

Onder het instrument subsidies is 250.000 besteed aan een subsidie voor Coalitie Erbij, Nationale Coalitie tegen Eenzaamheid. Hiermee is in bijeenkomsten op landelijk en regionaal niveau aandacht gevraagd voor het thema eenzaamheid, heeft verdieping en uitwisseling van kennis rond eenzaamheid plaatsgevonden en is het maatschappelijk platform rond eenzaamheid versterkt.

Onder het instrument opdrachten zijn diverse opdrachten verstrekt in het kader van het Pact van de Ouderenzorg, de programma's Een tegen eenzaamheid en Langer Thuis, onder meer voor een publiekscampagne Eenzaamheid (circa € 200.000), een Quick scan naar onder meer de lokale aanpak van eenzaamheid en de organisatie van enkele landelijke bijeenkomsten van het Pact en deze programma's.

Vraag 117

Waarom is de € 469 miljoen voor Waardig ouder worden besteed?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 116. Het betreft overigens € 469.000 en niet € 469 miljoen.

Vraag 118

Waarom is de € 1 miljoen, beschikbaar voor de brede aanpak licht verstandelijk beperkten (LVB), daklozen en zwerfjongeren niet uitgegeven? Blijft dit budget beschikbaar voor deze doelgroep?

Antwoord:

In 2018 en 2019 is een Interdepartementaal Beleidsonderzoek uitgevoerd naar het beleid gericht op mensen met een licht verstandelijke beperking die gebruik maken van publiek gefinancierde voorzieningen. De uitkomsten van dit onderzoek zijn afgewacht alvorens de middelen uit te geven. Uw Kamer wordt hier na het zomerreces over geïnformeerd. Over de maatregelen met betrekking tot daklozen en zwerfjongeren bent u geïnformeerd middels de voortgangsrapportage beschermd wonen en maatschappelijke opvang (Kamerstuk 29 325 nr. 92) en het Actieprogramma Dak- en Thuisloze Jongeren (Kamerstuk 29 325, nr. 97). Het niet uitgegeven bedrag van € 775.000 is doorgeschoven naar 2019. Deze middelen blijven beschikbaar voor deze doelgroepen.

Vraag 119

Waarom is er voor Waardigheid en Trots slechts de helft van het budget uitgegeven?

Antwoord:

De lagere uitgaven zijn voornamelijk ontstaan doordat de activiteiten voor het stimuleringsprogramma «Waardigheid en Trots op locatie» later plaatsvinden dan eerder voorzien. Daarnaast is tussentijds gebleken dat een deel van de middelen – door minder en goedkopere trajecten – in 2018 niet nodig bleek. In 2019 wordt naar verwachting het niet bestede deel van 2018 alsmede het budget voor 2019 volledig uitgegeven.

Vraag 120

Waar worden de overige middelen van Waardigheid en Trots nu voor gebruikt?

Antwoord:

In totaal is in 2018 ca. € 17,6 miljoen besteed aan «Waardigheid en Trots». De voornaamste post daarbinnen is subsidie aan Vilans voor ondersteuning van zorgaanbieders die een urgent kwaliteitsprobleem hadden of deelnamen aan «Ruimte voor verpleeghuizen» (€ 9,7 miljoen). «Ruimte voor verpleeghuizen» betrof een onderdeel van «Waardigheid en Trots», waarin zorgaanbieders gezamenlijk werkten aan nieuwe manieren om kwaliteitsverbeteringen te realiseren. Verder ging het om subsidies aan partijen die een rol hebben bij de uitvoering van het kwaliteitskader (€ 1,6 mln), uitvoering van het convenant «Samen Sterk 010» (€ 2 miljoen) of «Radicale vernieuwing» (€ 1,3 mln). Daarnaast zijn diverse kleinere subsidies versterkt.

Vraag 121

Waarom wordt er niet meer in de kennisinfrastructuur geïnvesteerd?

Antwoord:

In «Waardigheid en Trots» (2015) is aangegeven dat de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg versterking behoeft. Samen met veldpar-

tijen zoals Vilans, ZonMW, Zorginstituut Nederland, Academische Werkplaatsen, beroepsorganisaties e.a. is verkend hoe dit het beste kan plaatsvinden. Op 4 februari 2019 heeft de Tweede Kamer hierover een brief ontvangen. Hierin is aangegeven dat reeds wordt geïnvesteerd in het systematisch verzamelen van kennisvragen, ontsluiten van kennis, het doen van onderzoek en het bieden van een financieel fundament aan de Academische Werkplaatsen. Daarmee is een inhoudelijk, organisatorisch en financieel kader tot stand gekomen dat vooralsnog toereikend lijkt.

Vraag 122

Wat zijn de participatiecijfers van 2018?

Antwoord:

Bij beantwoording van deze vraag ga ik ervan uit dat de vraag ziet op de programma's van ZonMW voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Beide programma's worden ondersteund door zes Academische Werkplaatsen. Dat brengt het participatiecijfer voor 2018 op twaalf.

Vraag 123

Hoe komt het dat de uitgaven voor onafhankelijke cliëntondersteuning lager zijn dan verwacht?

Antwoord:

2018 betrof een voorbereidingsjaar waardoor de uitgaven voor de aanpak cliëntondersteuning in 2018 lager zijn uitgevallen dan voorzien. Deze middelen zijn overgeheveld naar 2019, 2020 en 2021. Onderzoeken naar behoefte aan en aanbod van cliëntondersteuning zijn uitgezet en de aanpak cliëntondersteuning is uitgewerkt. Er zijn vier opgaven geïdentificeerd en activiteiten uitgewerkt die moeten bijdragen aan het realiseren ervan. In november 2018 is de uitgewerkte aanpak getoetst bij de klankbordgroep cliëntondersteuning. Begin 2019 zijn we van start gegaan met de uitvoering van de aanpak. Over de voortgang hiervan wordt de Kamer nog voor de zomer 2019 geïnformeerd.

Vraag 124

Hoe is tot de specifieke verhoging van 100 kilometer op het persoonlijk kilometerbudget gekomen?

Antwoord:

Zoals in mijn brief aan uw Kamer van 20 november 2018 (Kamerstuk 24 170, nr. 180) en in het jaarverslag is toegelicht, heb ik, gegeven het beschikbare budget voor het bovenregionaal vervoer (Valys), besloten om het persoonlijk kilometerbudget voor de periode van 1 december 2018 tot en met 31 december 2019 te verhogen. Op basis van de effecten van deze verhoging op het reisgedrag van pashouders zal worden besloten over de hoogte van het persoonlijk kilometerbudget in 2020. Met de genoemde brief heb ik invulling gegeven aan mijn toezegging aan uw Kamer tijdens het algemeen overleg over gehandicaptenzorg op 24 mei 2018 (Kamerstuk 24 170, nr. 178).

Vraag 125

Waarom zijn de uitgaven voor onafhankelijke cliëntondersteuning lager dan verwacht?

Antwoord:

2018 betrof een voorbereidingsjaar waardoor de uitgaven voor de aanpak cliëntondersteuning in 2018 lager zijn uitgevallen dan voorzien. Deze middelen zijn overgeheveld naar 2019, 2020 en 2021. Onderzoeken zijn uitgezet naar behoefte aan en aanbod van cliëntondersteuning en de aanpak cliëntondersteuning is uitgewerkt. Er zijn vier

opgaven geïdentificeerd en activiteiten uitgewerkt die moeten bijdragen aan het realiseren ervan. In november 2018 is de uitgewerkte aanpak getoetst bij de klankbordgroep cliëntondersteuning. Begin 2019 zijn we van start gegaan met de uitvoering van de aanpak. Over de voortgang hiervan wordt de Kamer nog voor de zomer 2019 geïnformeerd.

Vraag 126

Waarom wordt er minder gebruik gemaakt van bovenregionaal vervoer?

Antwoord:

Zoals in het jaarverslag is toegelicht is het bovenregionaal vervoer (Valys) vraagafhankelijk vervoer; de keuze om vervoer te boeken berust bij de pashouder. Dit betekent dat persoonlijke overwegingen en andere factoren, zoals de toegankelijkheid van het openbaar vervoer, de vraag bepalen.

Vraag 127

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de afname van het percentage Valys-pashouders dat daadwerkelijk reist met bovenregionaal gehandicaptenvervoer?

Antwoord:

Zie antwoord op vraag 126.

Vraag 128

Wat wordt er bedoeld met de mededeling dat tussentijds is gebleken «dat een deel van de middelen – door minder en goedkopere trajecten – niet nodig bleek»? Om hoeveel geld gaat dit en is deze onderuitputting structureel?

Antwoord:

De lagere uitgaven zijn voornamelijk ontstaan doordat de activiteiten voor het stimuleringsprogramma Waardigheid en Trots op locatie later plaatsvinden dan eerder voorzien. Daarnaast is tussentijds gebleken dat een deel van de middelen – door minder en goedkopere trajecten – niet nodig bleek. Er waren bijvoorbeeld middelen gereserveerd om zorgaanbieders te ondersteunen met het oplossen van urgente kwaliteitsproblemen. Het bleek om minder zorgaanbieders te gaan dan was verwacht. De financiering van ondersteuning van zorgaanbieders bij het voldoen aan het kwaliteitskader is vanaf 2019 opgenomen in de subsidie aan Vilans voor «Waardigheid en Trots op locatie». In 2019 wordt naar verwachting het niet bestede deel van 2018 alsmede het budget voor 2019 volledig uitgegeven.

Vraag 129

Wordt de onderschrijding van het programma Waardigheid en Trots benut voor activiteiten in volgende jaren, gelet op het feit dat deze lagere uitgaven zijn ontstaan doordat de activiteiten later plaatsvinden?

Antwoord:

De onderschrijding 2018 van het programma Waardigheid en Trots wordt benut in uitvoeringsjaar 2019.

Vraag 130

Hoe komt het dat er € 3,3 miljoen meer uitgegeven is door ICT-investeringen dan begroot?

Antwoord:

De ICT-investeringen hebben betrekking op de ontwikkeling van het PGB2.0-systeem bij de SVB. De oorspronkelijk begrote € 36,8 mln. zijn

beschikbaar gesteld voor uitvoering van het trekkingsrecht voor het Wmo- en Jeugd domein. De aanvullende € 3,3 mln. was benodigd voor de ontwikkeling van het financieel domein als onderdeel van het PGB2.0-systeem. De hiervoor benodigde middelen zijn beschikbaar gesteld bij eerste en tweede suppletore begroting.

Vraag 131

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het Persoonsgebonden budget (PGB)2.0-systeem? Kan een volledig overzicht gegeven worden van alle kosten die er met de bouw, ontwikkeling en het testen (per jaar) gepaard gaan?

Antwoord:

Het PGB2.0-systeem is in ontwikkeling en de komende periode worden functionaliteiten toegevoegd die noodzakelijk zijn voor grootschalige aansluiting van gemeenten en zorgkantoren. U bent hier eind maart 2019 over geïnformeerd (Kamerstuk 25 657, nr. 314). Zoals toegezegd in het AO van 4 april jl. ontvangt u na de zomer de volgende voortgangsrapportage. Ten aanzien van de kosten van het PGB 2.0-systeem is tijdens het AO van 4 april 2019 toegezegd dat u hierover een brief ontvangt na verzending van de voorjaarsnota aan de Tweede Kamer (Kamerstuk 25 657, nr. 318).

Vraag 132

Vanuit welke middelen zijn deze ICT-investeringen gefinancierd?

Antwoord:

De kosten voor de doorontwikkeling van het PGB2.0-systeem zullen door VWS gedragen worden. De hiervoor benodigde middelen zijn bij eerste suppletore begroting beschikbaar gesteld. De wijze van financiering van de kosten voor doorontwikkeling en implementatie van het PGB2.0-systeem is beschreven in de brief die de kamer ontvangt na verzending van de voorjaarsnota.

Vraag 133

Wordt de onderschrijding van het programma Waardigheid en Trots benut voor activiteiten in volgende jaren, gelet op het feit dat deze lagere uitgaven zijn ontstaan doordat de activiteiten later plaatsvinden?

Antwoord:

De onderschrijding 2018 van het programma Waardigheid en Trots wordt benut in uitvoeringsjaar 2019.

Vraag 134

Op welke wijze zijn de lokale opleidingscentra een-op-een gekoppeld aan de Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten (RAAT's)? Kunt u dit specificeren?

Antwoord:

Evident is dat als het gaat om RAAT-doelen t.a.v. opleidingen en loopbaankeuzes, de betrokkenheid van opleidingscentra uit de eigen regio essentieel is; hoe die betrokkenheid er uit ziet verschilt per regio. Een aantal voorbeelden ter illustratie:

- Vanuit de RAAT voor Amersfoort Eemland is het modulair opleiden voor de zorg opgepakt. Vanuit het onderwijs waren hierbij MBO Amersfoort, ROC Midden Nederland locatie Amersfoort en het Hoornbeek College betrokken. Dit is inmiddels een landelijk project geworden;
- In het oosten van het land wordt nauw samengewerkt met het onderwijs rondom de inrichting van onder meer brede leerpaden (met

- ROC Aventus en Saxion Hogeschool) en in een wijkleerbedrijf (met het Graafschapcollege);
- In Noord Nederland is in samenwerking tussen V&V-zorgaanbieders, onderwijsorganisaties (het Deltion College, het Friesland College, ROC Friese Poort, het Drenthe College, het Alfa College en de Hanzehogeschool), ZorgpleinNoord en Netwerk Zon, de leidraad Onderwijs in de praktijk ontwikkeld. De leidraad helpt het leren in de praktijk mogelijk te maken, te implementeren en door te ontwikkelen.

Vraag 135

Hoe is vastgesteld dat de extra inzet vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij heeft gedragen aan het extra aanbod van personeel («ongeveer 18.000 personen»)? Kunt u dit nader onderbouwen en aangeven welke methode u heeft gebruikt om dit vast te stellen?

Antwoord:

Het is een positieve ontwikkeling dat meer mensen kiezen voor een baan in de zorg. Deze 18 duizend is de verwachte werkgelegenheidstoename tussen het derde kwartaal van 2017 en het derde kwartaal 2018 binnen zorg en welzijn op basis van de prognose die begin 2018 in het kader van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) is gemaakt via de arbeidsmarkttool¹⁰. De prognose is beleidsneutraal (gaat uit van staand beleid). Dat betekent dat deze groei gerealiseerd zou worden zonder extra inspanningen. De sector is, met ook steun van VWS, hard aan de slag. Dit gaat gepaard met een hogere instroom van personeel. In het jaarverslag is aangegeven dat de stijging van het aantal werknemers tussen het derde kwartaal van 2017 en het derde kwartaal 2018 binnen zorg en welzijn met 28,5 duizend aanzienlijk hoger ligt, dan oorspronkelijk geraamde 18.000 personen.

Vraag 136

Op welke wijze worden zorguitkomsten inzichtelijk gemaakt waardoor patiënten op basis van transparante informatie kunnen kiezen tussen verschillende behandelingen en/of behandelaars?

Antwoord:

Het doel van de ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg is om deze gegevens beschikbaar te maken tijdens het gesprek tussen patiënt en professional en uiteindelijk in de persoonlijke gezondheidsomgeving. Wat daarvoor de meest effectieve manier van presenteren is, is één van de aandachtspunten binnen het proof of concept bij de Santeon ziekenhuizen. Het inzichtelijk maken van deze gegevens is onderdeel van lijn 4: Betere toegang tot relevante en actuele uitkomstinformatie.

Vraag 137

Waarom is er slechts € 708.000 van de begrote € 1,5 miljoen uitgegeven aan de opleidingsplaatsen jeugd-ggz? Als er minder opleidingsplaatsen gerealiseerd zijn dan voorzien was, wat is er dan gedaan om dit aantal te verhogen?

Antwoord:

Bij de toewijzing van het beschikbare aantal opleidingsplaatsen voor de ggz wordt geen onderscheid gemaakt tussen subsectoren binnen de ggz zoals de jeugd ggz. Er wordt dan ook geen bepaald aantal opleidingsplaatsen specifiek voor de jeugd ggz gereserveerd. De daadwerkelijke toewijzing aan instellingen die enkel jeugd ggz aanbieden is aldus afhankelijk van de uitkomsten van de jaarlijkse toewijzingsprocedure. Bij de begroting wordt echter rekening gehouden met het aantal jeugd ggz

¹⁰ <https://www.azwinfo.nl/documents/Arbeidsmarkttool>

instellingen dat in principe in aanmerking kan komen voor opleidingsplaatsen. In de afgelopen jaren zijn aan de jeugd ggz minder opleidingsplaatsen toegewezen dan gereserveerd. Door het toekennen van extra opleidingsplaatsen voor de gehele ggz voor 2019 is het aantal opleidingsplaatsen voor de jeugd ggz ook toegenomen en wel zodanig, dat voor 2019 naar verwachting geen sprake van onderuitputting zal zijn. Er is voor het gehele begrote bedrag aan opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld. Overigens wordt in de jeugd ggz niet specifiek voor de jeugd ggz opgeleid, maar wordt opgeleid voor generalistische beroepen.

Vraag 138

Welke maatregelen zijn er concreet genomen om de werkdruk te verminderen?

Antwoord:

Gezien de verwijzing naar pagina 73 van het jaarverslag interpreteren wij de vraag zo dat deze betrekking heeft op maatregelen om de regeldruk te verminderen (in plaats van het bredere begrip «werkdruk»). Daarvoor bevat het in mei 2018 gelanceerde programma (Ont)Regel de Zorg 155 concrete maatregelen. In 2018 zijn daarvan al de nodige gerealiseerd, bijvoorbeeld:

- het afschaffen van de standaard risicosignalering en van de verplichting om bij elke wijziging in het zorgplan een handtekening van de cliënt te vragen in de wijkverpleging
- het verminderen van het aantal proces- en structuurindicatoren in de medisch specialistische zorg
- het terugbrengen van de frequentie van de NHG-praktijkaccreditering voor huisartsenpraktijken.

Een volledig overzicht van de gerealiseerde maatregelen is te vinden op www.ordz.nl.

Vraag 139

Op welke manier is de ervaren werkdruk verminderd? Wat is er gerealiseerd in 2018? Waarom is de realisatie zoveel lager dan verwacht?

Antwoord:

Gezien de verwijzing naar pagina 73 van het jaarverslag interpreteren wij de vraag zo dat deze betrekking heeft op de vermindering van de ervaren regeldruk (in plaats van het bredere begrip werkdruk). Ter vermindering van de ervaren regeldruk zijn in 2018 een aantal maatregelen uit het programma (Ont)Regel de Zorg gerealiseerd, waaronder:

- het afschaffen van de standaard risicosignalering en van de verplichting om bij elke wijziging in het zorgplan een handtekening van de cliënt te vragen in de wijkverpleging
- het verminderen van het aantal proces- en structuurindicatoren in de medisch specialistische zorg
- het terugbrengen van de frequentie van de NHG-praktijkaccreditering voor huisartsenpraktijken.

Een volledig overzicht van de gerealiseerde maatregelen is te vinden op www.ordz.nl.

De belangrijkste uitgavenpost voor het programma (Ont)Regel de Zorg in 2018 is de subsidie die is verleend voor de organisatie van de schrap- en verbetersessies (€ 360.000). Deze uitgave is verantwoord onder het instrument subsidies.

De budgettaire realisatie staat overigens los van hetgeen er inhoudelijk in 2018 is bereikt op dit onderwerp (zie bovengenoemde voorbeelden), daar dat veelal resultaten zijn waar geen uitgaven voor noodzakelijk waren.

Vraag 140

Waarom is er in de jaren 2014 tot en met 2017 niets gerealiseerd op het gebied van verminderen ervaren werkdruk?

Antwoord:

Gezien de verwijzing naar pagina 73 van het jaarverslag interpreteren wij de vraag zo dat deze betrekking heeft op het beleid om de regeldruk te verminderen (in plaats van het bredere begrip «werkdruk»). In voorgaande jaren zijn er in tegenstelling tot wat de tabel suggereert wel degelijk uitgaven gedaan die met dit onderwerp samenhangen. Deze werden echter niet uitgesplitst verantwoord, maar als onderdeel van de totaalreeks «opdrachten» op artikel 4.3. Vanaf het jaar 2018, waarin het programma (Ont)Regel de Zorg gelanceerd werd, verantwoorden we de uitgaven aan dit onderwerp separaat om het beleidsmatige belang ervan te benadrukken.

Over de inhoudelijke resultaten die in de betreffende periode zijn behaald informeerden onze ambtsvoorgangers uw Kamer o.a. in de brieven met Kamerstuknummer 29 515, nrs. 399 en 416.

Vraag 141

Hoe komt het dat er aan het verminderen van ervaren regeldruk € 97.000 uitgegeven is, in plaats van de begrote € 345.000 euro? Kunt u inzichtelijk maken wat is blijven liggen?

Antwoord:

Het hier opgenomen bedrag betreft alleen uitgaven die verantwoord zijn onder het instrument opdrachten. De belangrijkste uitgavenpost voor het programma (Ont)Regel de Zorg in 2018 is een subsidie die is verleend voor de organisatie van de schrap- en verbetersessies (€ 360.000). Deze uitgave is verantwoord onder het instrument subsidies.

Vraag 142

Hoeveel extra stageplaatsen zijn er voor de ggz-sector gecreëerd in 2018?

Antwoord:

De subsidieregeling stageplaatsen zorg is niet gericht op sectoren maar op opleidingen. Cijfers over in welke sector stageplaatsen worden gerealiseerd worden dan ook niet bijgehouden.

Vraag 143

Hoeveel stageplaatsen zijn gecreëerd met de subsidies voor «een kleine 49.000 fte»?

Antwoord:

De hoogte van het subsidiebedrag wordt berekend over het aantal gerealiseerde stageplaatsen in full time equivalenten (fte). Meerdere kleinere stages kunnen daarbij optellen tot een fte. Het aantal stageplaatsen ligt dus altijd hoger dan het aantal stageplaatsen uitgedrukt in fte.

Het aantal stageplaatsen dat samenhangt met genoemde kleine 49.000 fte schat ik op basis van gegevens van de Stichting Samenwerking Beroeps- onderwijs Bedrijfsleven op ongeveer 130.000 stageplaatsen.

Vraag 144

Hoeveel stages waren er totaal voor de beroepsbegeleidende leerweg en duale hbo-studies? Hoe groot is de groei ten opzichte van 2017?

Antwoord:

Het aantal gerealiseerde en onder de subsidieregeling stageplaatsen zorg II gesubsidieerde stageplaatsen voor de beroepsbegeleidende leerweg

bedroeg in het mbo over het studiejaar 2017–2018 19.077 fte, een stijging van 18% ten opzichte van het studiejaar 2016–2017.

Het aantal gerealiseerde onder de subsidieregeling stageplaatsen zorg II gesubsidieerde stageplaatsen in de duale hbo-studies bedroeg over het studiejaar 2017–2018 2.523 fte, een stijging van 24% ten opzichte van het studiejaar 2016–2017.

Vraag 145

Hoe is te verklaren dat het aantal stageplaatsen voor de beroepsopleidende leerweg lager was dan geraamd? Welke acties zijn ondernomen om het aantal stageplaatsen te verhogen?

Antwoord:

Het aantal gerealiseerde stageplaatsen in een studiejaar wordt na afloop van het studiejaar vastgesteld. Aan de hand van die realisatiecijfers wordt het beschikbare budget verdeeld.

Het aantal gerealiseerde stageplaatsen in de beroepsopleidende leerweg (bol) ligt over studiejaar 2017–2018 ongeveer 3% lager dan in studiejaar 2016–2017. Deze daling wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door forse dalingen in het aantal gerealiseerde stageplaatsen bij de opleidingen tot pedagogisch medewerker niveau 3 (–/– 43%) en niveau 4 (–/– 32%). Ook bij de opleiding verzorgende niveau 3 is sprake van een daling (–/– 10%). Tegenover de daling bij de opleiding verzorgende niveau 3 in de beroepsopleidende leerweg staat een twee keer zo grote groei bij de beroepsbegeleidende leerweg (bbl). Per saldo resulteert dit in een flinke stijging en daarmee geen reden tot additionele maatregelen.

De daling bij de pedagogische opleidingen gaat samen met een daling in de instroom in de opleidingen. Aangezien dit ook geen tekortberoepen betreft achten wij specifieke maatregelen gericht op het vergroten van het aantal stageplaatsen voor de pedagogische opleidingen niet nodig. Hierbij geldt dat het stagefonds subsidies na afloop van het studiejaar verstrekt.

Vraag 146

Wordt de € 6,1 miljoen die niet gerealiseerd is voor de instroom van physician assistants/verpleegkundig specialisten op een andere manier ingezet voor deze twee groepen? Zo niet, waarvoor dan wel?

Antwoord:

Het budget dat in 2018 niet is gerealiseerd voor de instroom en doorstroom van physician assistent en verpleegkundig specialisten, is onder meer ingezet voor andere subsidies voor opleidingen.

Vraag 147

Er wordt aangegeven dat € 9,8 miljoen overgeboekt is naar het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat ten behoeve van de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO) en de uitvoering van de Seed-Capital-regeling als onderdeel van het Fastrack programma – budget waarmee midden- en kleinbedrijf (MKB)-ondernemers worden ondersteund en begeleid bij de opschaling van goede e-health initiatieven – kan worden toegelicht wat hiermee bedoeld wordt? Welke MKB-ondernemers hebben gebruik gemaakt van dit budget en welke e-health initiatieven zijn met behulp van dit budget inmiddels opgeschaald?

Antwoord:

De SEED-Capital regeling zorgt voor meer investeringsruimte voor startups in Nederland. Het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat (EZK) heeft diverse SEED-regelingen. In dit geval gaat het om startups die zich richten op eHealth in de zorg. Met de SEED-Capital regeling investeert het Ministerie van EZK 50% en private investeerders investeren ook 50%

in een op te richten fonds. Dit investeringsfonds investeert in kansrijke ondernemingen in de zorg. Dat kunnen bedrijven zijn die al enkele jaren actief zijn, maar ook studenten die tijdens hun opleiding een nieuw product hebben bedacht en een startkapitaal (groeigeld) zoeken zodat veelbelovende innovaties sneller bij de patiënt of zorgprofessional komen en zo een plek krijgen in de gezondheidszorg. De tender is 31 maart 2019 gesloten. De bekendmaking van de winnende fondsen vindt volgend maand plaats.

Vraag 148

Welke resultaten zijn tot nu behaald met de verschillende projecten binnen het programma Maatschappelijke Diensttijd? Hoeveel jongeren hebben tot nu toe deelgenomen, dan wel nemen op dit moment deel aan een van de programma's binnen de Maatschappelijke Diensttijd?

Antwoord:

Er zijn 75 proeftuinen gestart in twee ronden. Daar krijgen jongeren met heel diverse achtergronden en in verschillende levensfasen de mogelijkheid om invulling te geven aan hun maatschappelijke diensttijd. In de eerste 41 proeftuinen zijn tot nu toe (op 1/3 van de looptijd) bijna 4.000¹¹ jongeren geworven, waarvan er 3.100 al daadwerkelijk zijn gestart. De overige 34 proeftuinen zijn recent gestart. De proeftuinen zijn redelijk regionaal verspreid en wordt er in partnerschappen samengewerkt met maatschappelijke organisaties, jongerenorganisaties, het bedrijfsleven, het onderwijs en andere overheden.

Vraag 149

Welke bezwaren uit het veld leidden tot problemen bij het creëren van draagvlak om acties rondom uitkomstgerichte zorg uit te voeren?

Antwoord:

Met de partijen van het bestuurlijk akkoord medisch specialistische zorg zijn afspraken gemaakt over nauwere bestuurlijke betrokkenheid. Partijen nemen verantwoordelijkheid en werken plannen uit voor de gewenste ontwikkeling. In afwachting hiervan heb ik het uitzetten van nieuwe subsidies en activiteiten tijdelijk opgeschort. Ik verwacht dat na de zomer de acties volop van start gaan.

Vraag 150

Op welke wijze verzekert u dat acties rondom uitkomstgerichte zorg vanaf 2019 wel uitgevoerd kunnen worden?

Antwoord:

Zie mijn antwoord op vraag 149.

Vraag 151

Hoeveel bedraagt de openstaande premieschuld van alle wanbetalers?

Antwoord:

Het CAK levert binnenkort de jaarverantwoording 2018 op. Naar verwachting bedraagt het openstaand saldo aan bestuursrechtelijke premie in totaal 910 miljoen euro. Dit is het totaal aan openstaande vorderingen van de afgelopen 5 jaar (maximale wettelijke inningsperiode) en betreft de stand op 31 december 2018.

Vraag 152

Hoeveel openstaande premieschuld is kwijtgescholden in 2018?

¹¹ cijfers van maart 2019

Antwoord:

Het CAK scheldt in beginsel geen openstaande verschuldigde premie kwijt. Wel zijn in lagere regelgeving en het debiteurprotocol situaties aangewezen waarbij openstaande vorderingen als niet langer als verschuldigd worden aangemerkt. Dit is het geval bij onder meer overlijden (geen batig saldo en geen erfgenamen bekend), faillissement, en na afmelding door de zorgverzekeraar als gevolg van een succesvolle betalings- en/of schuldregeling. Over het premiejaar 2018 is als gevolg daarvan 33 miljoen niet langer als verschuldigd aangemerkt.

Vraag 153

Wat is de oorzaak van de uitval van studenten bij de opleiding tot verpleegkundig specialist, tot physician assistant en in de opleiding publieke gezondheidszorg?

Antwoord:

Bij de opleiding publieke gezondheidszorg is volgens de Netherlands School of Public & Occupational Health vrijwel geen sprake van uitval. Bij de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant is evenmin sprake van een groot uitvalpercentage. Uit cijfers van de hoge scholen in samenwerking met het Capaciteitsorgaan blijkt dat, wanneer wordt gekeken naar de afgestudeerde cohorten, bij de opleiding tot verpleegkundig specialist gemiddeld rond de 85% van de studenten daadwerkelijk afstudeert en bij de physician assistant gemiddeld rond de 90% van de studenten.

Vraag 154

Kunt u de drie belangrijkste acties, waarmee invulling is gegeven aan de verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om gemeenten te stimuleren om de samenhang tussen beleid en uitvoering op de terreinen van zorg, school en werk te verbeteren, nader toelichten?

Antwoord:

Naast het transformatiefonds waarbij gemeenten ook aanvragen hebben ingediend voor de verbetering van de samenhang op het terrein van zorg, school en werk zijn de volgende acties gericht ingezet op deze samenhang:

- 1) Op verzoek van de bestuurlijke coalitie onderwijs, zorg en jeugd is door VWS en OCW opdracht gegeven aan de kwartiermaker dhr. Peeters om een koersbepalend advies uit te brengen over hoe de samenwerking tussen lokale en regionale onderwijs en zorgorganisaties kan worden verbeterd. Dit advies heb ik eind 2018 ontvangen (Kamerstukken 31 839 en 31 497, nr. 283). In 2019 wordt gestart met de implementatie. Hiermee worden gemeenten, zorg- en onderwijspartijen gestimuleerd om beter samen te werken.
- 2) Er wordt door VWS en OCW gewerkt aan meer ruimte voor flexibele arrangementen voor kinderen die zowel onderwijs als zorg nodig hebben om hun ontwikkelingskansen te vergroten. Onderdeel hiervan is uitvoering van de afspraak in het regeerakkoord te bezien hoe zorg in onderwijstijd voor kinderen met complexe casuïstiek, waaronder kinderen met ernstige meervoudige beperkingen, eenvoudiger gefinancierd kan worden. Begin 2019 is de TK over de stand van zaken hiervan geïnformeerd (Kamerstukken 31 839 en 31 498, nr. 284). Een ander onderdeel hiervan is meer ruimte voor maatwerk voor kinderen die wel leerbaar zijn maar door medische of psychische redenen slechts beperkt onderwijs kunnen volgen. Op dit moment wordt hiernaar onderzoek verricht. Onderwijszorgconsulenten die mede door VWS worden gesubsidieerd bieden concrete ondersteu-

ning aan leerlingen, ouders en scholen om een passend onderwijs en zorg aanbod te realiseren.

In de Aanpak 16–27 (Kamerstuk 34 880, nr.3) werken de verantwoordelijke Ministeries voor zorg, onderwijs en arbeid samen met kennisorganisaties aan knelpunten die kwetsbare jongvolwassenen tegen kunnen komen op hun weg naar zelfstandigheid. In november 2018 zijn meerdere pilots op de gebieden zorg, onderwijs en arbeid van start gegaan. Vanuit de Vereniging Nederlandse Gemeenten is met geld van VWS een project-leider begonnen om goede voorbeelden in het land op te halen en aan elkaar te verbinden in een netwerk waarin gemeenten van elkaar leren. Bij dit netwerk zijn inmiddels meer dan 200 mensen die bij gemeenten werken op de terreinen van zorg, onderwijs en arbeid aangesloten. Daarnaast heeft het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) een website 16–27 gebouwd waar kennis wordt gedeeld over integraal beleid voor jongvolwassenen.

Vraag 155

Kunt u drie belangrijkste acties, waarmee invulling is gegeven aan de verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om te zorgen voor een landelijke kennisinfrastructuur voor beleidsontwikkeling en -implementatie en zorgvernieuwing en hierbij gemeenten en het veld van de jeugdhulp de ruimte geven om de eigen aanpak verder te ontwikkelen, nader toelichten?

Antwoord:

Ter ondersteuning van gemeenten en regio's lopen meerdere acties en programma's, namelijk op ondersteuning op regionaal niveau, praktische ondersteuning en ten slotte het verwerven van kennis over wat werkt voor jeugd in de nabije toekomst.

Ten eerste ondersteunt het ondersteuningsteam Zorglandschap jeugd (OZJ) jeugdregio's (zowel gemeenten als aanbieders) en cliëntorganisaties. De doelstellingen van het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd zijn: 1) kennisuitwisseling, samenwerking en innovatie in jeugdregio's ondersteunen; en 2) lokale, regionale en landelijke doelstellingen uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd met elkaar in samenhang verder brengen.

Op de tweede plaats komt de ondersteuning via het Nederlands Jeugdinstituut via het programma «Transformatie Jeugdhulp». Op de website van het Nji is informatie te vinden over inkoop en kwaliteit van jeugdhulp, die door andere programma's boven tafel worden gehaald, zoals opbrengsten uit het Programma Inkoop of het Informatieprogramma Sociaal Domein.

Ten derde start ZonMW dit jaar met het programma «Wat werkt voor de jeugd 2019–2025». De eerste uitvragen voor onderzoek richten zich op onderzoeken naar de kwaliteit van wijkgericht werken. Hiernaast start ZonMw met «Regionale Werkplaatsen Jeugd», die gaan bijdragen aan een lerende omgeving en verbetercyclus in de regio.

Al deze acties maken deel uit van de keten die gemeenten – binnen bepaalde kaders voor het beperken van vermijdbare administratieve lasten – in staat moet stellen de eigen aanpak verder te ontwikkelen.

Vraag 156

Op basis van welke kerncijfers of andere gegevens trekt u de conclusie «de beleidsvoornemens uit de begroting 2018 zijn naar verwachting uitgevoerd»?

Antwoord:

De beoordeling of de beleidsvoornemens in de begroting zijn uitgevoerd is gebaseerd op de voortgangsrapportages van de programma's Zorg voor de Jeugd en Geweld hoort nergens thuis. Daarnaast baseren we ons op onder meer kerncijfers van het CBS (beleidsinformatie jeugdhulp), nadere onderzoeken, cliënt-ervaringsonderzoeken en inspectierapportages.

Vraag 157

Is het mogelijk de verwachte en de gerealiseerde resultaten van de zes actielijnen van het programma Zorg voor de Jeugd op te nemen in de verantwoordingsstukken?

Antwoord:

Nee, dat is niet mogelijk. De Stuurgroep – waarin de VNG, de brancheorganisaties van jeugdhulpaanbieders, beroepsorganisaties, cliëntenorganisaties en de Ministeries OCW, JenV en VWS samenwerken aan het actieprogramma Zorg voor de Jeugd – brengt twee keer per jaar (in mei en november) verslag aan mij uit over haar inspanningen en resultaten middels een voortgangsrapportage. Ik stuur u deze voortgangsrapportage toe. De eerstvolgende voortgangsrapportage verwacht ik u begin juni met mijn halfjaarlijkse voortgangsbrief te kunnen toezenden.

Vraag 158

Wat was de doelstelling van de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ)? Wat is haar resultaat? Welke taken had de TAJ en in hoeverre overlappen die met het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd?

Antwoord:

De Transitie Autoriteit Jeugd is in 2014 opgericht en op 31 december 2018 opgehouden te bestaan. Conform het instellingsbesluit had de TAJ tot taak ervoor te zorgen dat organisaties en gemeenten voldoende gelegenheid krijgen om tot inkoopafspraken te komen die de continuïteit van de hulp verzekeren en te voorkomen dat functies van hulp die niet gemist kunnen worden, verdwijnen bij de overdracht van deze functies naar het gemeentelijk niveau.

Eerder hebben wij uw Kamer geïnformeerd over de eindevaluatie van de TAJ die dit jaar plaatsvindt¹². Wij kunnen niet vooruitlopen op de uitkomsten van deze evaluatie, maar zijn de TAJ reeds erkentelijk voor haar belangrijke bijdrage de afgelopen jaren. De TAJ heeft zich met name gericht op vragen vanuit jeugdhulpaanbieders om continuïteit van zorg en behoud van essentiële functies tijdens de transitie te realiseren. De TAJ heeft veelvuldig – vooral in de periode rond de transitie – doorbraken weten te creëren wanneer gemeenten en aanbieders bij inkoop gerelateerde discussies vastliepen. Ook is de TAJ waardevol gebleken bij de bemiddeling rond inkoop van zorg en bij de beoordeling van aanvragen van aanbieders voor financiële steun op basis van de beleidsregels «Bijzondere Transitiekosten Jeugdwet».

Vanaf 1 januari 2019 t/m 2021 ondersteunt en adviseert het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) rond jeugdhulpvernieuwing, het uitvoeren van de transformatieplannen en de inkoop van jeugdhulp.

Daarnaast is er sinds 1 januari 2019 een «Jeugdautoriteit»¹³. Deze bemiddelt rond de inkoop van jeugdhulp, spreekt gemeenten aan over continuïteitsvraagstukken en bereidt zo nodig bestuurlijke maatregelen

¹² Kamerstuk 31 865, nr. 119

¹³ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/organisatie/organogram/diensten-en-instellingen>

voor. Na 2021 zullen we bezien wat er nog aan bemiddeling en ondersteuning nodig is.

Apart van het OZJ is sinds 1 januari 2019 een geschillencommissie operationeel. Deze functioneert op basis van zelfregulering en is opgezet en ingericht door de VNG en de Branches Gespecialiseerde Zorg voor de Jeugd (BGZJ). Vooral nog richt de geschillencommissie zich op twee typen geschillen. Ten eerste geschillen tussen gemeenten over welke gemeente verantwoordelijk is voor financiering van jeugdhulp conform het woonplaatsbeginsel. Ten tweede geschillen tussen een gemeente en een aanbieder in een inkoopproces, bijvoorbeeld over het tarief.

Vraag 159

Wat is de doelstelling van het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd? Op welke wijze geeft het ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd invulling aan haar taak?

Antwoord:

De doelstelling van het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd zijn: 1) kennisuitwisseling, samenwerking en innovatie in jeugdregio's te ondersteunen; en 2) lokale, regionale en landelijke doelstellingen uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd met elkaar in samenhang verder brengen. Het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd heeft de ambitie om netwerken op te zetten die onderdeel zijn van een duurzaam lerend jeugdstelsel, ook nadat het tijdelijke ondersteuningsprogramma afloopt.

Het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd geeft op de volgende wijze invulling aan haar taak:

Bemiddelen bij escalerende casuïstiek (zowel casuïstiek van jeugdigen en gezinnen, als casuïstiek tussen gemeenten en/of aanbieders);
Signaleren richting stuurgroep en andere betrokken partijen wanneer van deze partijen actie is vereist om impasses te doorbreken;
Ontwikkelen ten behoeve van de regionale transformatieplannen en een lerend jeugdstelsel;
Stimuleren en versnellen van de transformatiebeweging

Vraag 160

Kunt u in de subsidiestaat Jeugd een overzicht geven van de aangevraagde en toegekende subsidies met daarbij vermelding van de namen van de betreffende organisaties en het eventueel toegekende subsidiebedrag 2018 geven, het liefst uitgesplitst naar subsidies via TAJ en overige subsidies?

Antwoord:

De aangevraagde en toegekende subsidies zijn gepubliceerd in de bijlage bij het Jaarverslag «Subsidies 2018 alle departementen» op de website <http://opendata.rijksbegroting.nl/>

Vraag 161

Hoeveel procent van de aangevraagde subsidies met betrekking tot Jeugd is toegekend en hoeveel procent is afgewezen?

Antwoord:

In 2018 is 78% van de aangevraagde subsidies m.b.t. Jeugd toegekend, 9% is afgewezen en 13% is buiten behandeling gesteld.

De aanvraag kan buiten behandeling worden gesteld doordat de instelling de aanvraag zelf intrekt. Voor de TAJ hebben instellingen hun aanvraag veelal ingetrokken als acute liquiditeitsproblemen waren opgelost, o.a. door bemiddeling van de TAJ. De aanvraag kan ook ambtshalve buiten

behandeling worden gesteld als bijvoorbeeld de subsidieaanvrager niet (op tijd) de noodzakelijke stukken voor de aanvraag kan completeren.

Vraag 162

Kunt u nader uitleggen waarom er minder middelen aan kennis, beleidsinformatie en kindermishandeling zijn uitgegeven dan oorspronkelijk begroot?

Antwoord:

De aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld is in april 2018 met het programma Geweld hoort nergens thuis van start gegaan. In de eerste fase van het programma tot eind 2018 is vooral geïnvesteerd in de opbouw van het programma en de noodzakelijke randvoorwaarden in de regio's. Regionale projectleiders zijn gestart met het bijeenbrengen van alle partijen vanuit de sectoren zorg en veiligheid die moeten samenwerken om kindermishandeling effectief aan te kunnen pakken. Nog niet alle activiteiten uit het programma zijn in 2018 gestart en de daarbij behorende middelen zijn in 2018 niet allemaal uitgeput. In de voortgangsrapportage van dit programma (Kamerstuk 28 345, nr. 206) is de laatste stand van zaken gemeld.

Na de opstartfase wordt de uitvoering van de activiteiten ter hand genomen waarvoor meer inzet van middelen nodig zal zijn.

Vraag 163

Kunt u nader uitleggen waarom er een relatief groot verschil is tussen oorspronkelijke vastgestelde begroting en realisatie voor een effectief werkend jeugdstelsel?

Antwoord:

Het voornaamste verschil wordt veroorzaakt door de bijstelling van het budget voor de TAJ-subsidies, met de 1e suppletoire en 2e suppletoire begroting. Daarnaast heeft het programma Geweld hoort nergens thuis, minder middelen uitgegeven dan begroot, omdat zij pas in april 2018 zijn gestart met de eerste fase van het programma. Deze lager uitputting is reeds gemeld in de 2e suppletoire begroting. Voor het overige deel zijn een aantal opdrachten en subsidies lager uitgevallen dan begroot of doorgeschoven naar 2019.

Vraag 164

Wat zijn de uitgaven aan de publiekscampagne Kindermishandeling in 2018? Hoe groot was het bereik van deze publiekscampagne?

Antwoord:

De publiekscampagne heeft betrekking op kindermishandeling, partnergeweld en ouderenmishandeling. Volgens de informatie van Dienst Publieke Zaken en Communicatie (DPC) van het Ministerie van Algemene Zaken (AZ) is in 2018 € 1,7 miljoen besteed aan de campagne. Over 2018 komt € 1,2 miljoen voor rekening van VWS. De overige € 500.000 werd door DPC gedekt uit middelen voor 2017. De middelen zijn besteed aan de ontwikkeling van het campagneconcept, tv-spotjes, de website en andere mediamiddelen. Op televisie zijn inmiddels meer dan 12,5 miljoen mensen bereikt. Daarnaast hebben ruim 140.000 bezoekers de website ikvermoedhuiselijkgeweld.nl bezocht.

Vraag 165

Wat is er gebeurd met de middelen voor het programma Geweld hoort nergens thuis, die niet zijn uitgeput in 2018?

Antwoord:

Deze middelen zijn teruggevloeid naar de algemene middelen.

Vraag 166

Worden de niet-bestede middelen voor het programma Geweld hoort nergens thuis doorgeschoven naar hetzelfde programma voor 2019?

Antwoord:

De niet bestede middelen ten behoeve van het programma «Geweld hoort nergens thuis» zijn niet doorgeschoven naar 2019.

Vraag 167

Welke gevolgen heeft het niet volledig gebruiken van de middelen voor het programma Geweld hoort nergens thuis in 2018 op de financiële realisatie van dit programma in 2019 en 2020?

Antwoord:

Het niet volledig gebruiken van de middelen in 2018 heeft geen gevolgen voor de financiële realisatie in 2019 en 2020.

Vraag 168

Wat is de reden voor het verhogen van de begroting van Transitie Jeugd met € 35 miljoen bij de eerste suppletoire begroting?

Antwoord:

De reden voor de verhoging met 35 mln. is dat er eind 2018 nog een aantal aanvragen is ingediend ter hoogte van dit bedrag.

Vraag 169

Hoeveel procent van de aan de TAJ aangevraagde subsidies is toegekend en hoeveel procent is afgewezen?

Antwoord:

In 2018 is 68,5% van de aangevraagde subsidies m.b.t. de TAJ toegekend, 10% is afgewezen en 22,5% is buiten behandeling gesteld.

De aanvraag kan buiten behandeling worden gesteld doordat de instelling de aanvraag zelf intrekt. Voor de TAJ hebben instellingen hun aanvraag veelal ingetrokken als acute liquiditeitsproblemen waren opgelost, o.a. door bemiddeling van de TAJ. De aanvraag kan ook ambtshalve buiten behandeling worden gesteld als bijvoorbeeld de subsidieaanvrager niet (op tijd) de noodzakelijke stukken voor de aanvraag kan completeren.

Vraag 170

Welk aandeel van de subsidieaanvragen die begin 2018 zijn ingediend, zijn toegekend?

Antwoord:

In 2018 is 78% van de aangevraagde subsidies m.b.t. Jeugd toegekend.

Vraag 171

Kan er, gezien het aantal herschikkingen en de onduidelijkheid in bestedingen, een nieuw overzicht gemaakt worden waarin inzichtelijk wordt gemaakt hoe de herschikking exact heeft plaatsgevonden?

Antwoord:

In verband met het sluiten van het Sportakkoord Sport Verenigt Nederland is ervoor gekozen om de uitgaven die hiermee samenhangen op een apart artikelonderdeel zichtbaar te maken. De € 3,1 miljoen die wordt besteed is een verschuiving van subsidies die eerder geraamd stonden op Sport en bewegen in de buurt en Topsportevenementen in artikel 6. In de begroting 2019 is de herschikking van budgetten en structuur formeel verwerkt.

Vraag 172

Waarom wijkt de realisatie topsportevenementen zo af ten opzichte van wat het regeerakkoord beoogt, namelijk verdubbeling van de middelen naar € 10 miljoen per jaar?

Antwoord:

In het regeerakkoord is er € 5 miljoen extra beschikbaar gesteld voor topsportevenementen met ingang van begrotingsjaar 2019. In 2018 was sprake van een beschikbaar budget van circa € 7,5 miljoen. De realisatie van circa € 7,1 miljoen is wegens de aanpassing van de budgetstructuur terug te vinden onder Uitblinken in sport (ruim € 6,5 miljoen) en Sport Verenigt Nederland (€ 0,5 miljoen).

Vraag 173

Waarom zijn de gerealiseerde uitgaven aan sport in 2018 € 50 miljoen lager dan begroot?

Waarom zijn de gerealiseerde uitgaven aan passend sport- en beweegaanbod in 2018 € 59 miljoen lager dan begroot?

Waarom zijn de gerealiseerde uitgaven voor bijdragen aan sport en bewegen in de buurt in 2018 € 49 miljoen lager dan begroot?

Waarom zijn de gerealiseerde uitgaven aan topsportprogramma's 2018 € 10 miljoen hoger dan begroot?

Antwoord:

In het jaarverslag is een lagere realisatie op artikel 6 te zien. Voor de buurtsportcoaches (€ 49 miljoen) worden de middelen beschikbaar gesteld via het gemeentefonds (ministerie BZK) en dit is in het jaarverslag VWS niet zichtbaar. Ook de middelen voor energiebesparende maatregelen zijn uiteindelijk niet in het VWS jaarverslag verwerkt, maar in dat van Ministerie EZK. Beide overboekingen tezamen vormen ongeveer de € 59 miljoen aan lagere gerealiseerde uitgaven op artikel 6 op de VWS-begroting. Daarnaast zijn ook middelen aan de budgettaire ruimte van artikel 6 toegevoegd voor onder andere Topsport (€ 10 miljoen) vanuit het regeerakkoord. Het totaal van deze begrotingsmutaties (af- en bijboekingen) maakt dat er per saldo circa € 50 miljoen minder uitgaven op artikel 6 verantwoord worden. De mutaties zijn reeds toegelicht bij de suppletore wetten of in het jaarverslag onder de toelichting op de instrumenten.

Vraag 174

Waardoor is er minder stipendium uitgekeerd? Is de doelgroep versmald of is er minder talent?

Antwoord:

Anders dan het realisatiecijfer op artikel 6 doet vermoeden is niet minder stipendium uitgekeerd en is er ook geen sprake van versmalling van de doelgroep of minder talent. De lagere realisatie kent een administratieve oorzaak doordat een deel van de opgebouwde reserve bij het Fonds voor de Topsporter voor het uitkeren van stipendium is ingezet. Hierdoor is een incidentele meevaller in de uitgaven op artikel 6 gerealiseerd.

Vraag 175

Welke acties heeft de Sociale Verzekeringsbank (SVB) allemaal genomen om potentieel belanghebbenden te bereiken?

Antwoord:

Het grootste deel van de toekenningen van een Backpay-uitkering vond plaats na *ambtshalve onderzoek* door de SVB. Op basis van bronnenonderzoek en bestandsvergelijkingen kon de SVB vaststellen of een belanghebbende recht had op een Backpay-uitkering. Potentieel belang-

hebbenden waarvan dit niet eenduidig kon worden vastgesteld ontvingen een *bevestigingsbrief*, die ter bevestiging door betrokkenen ingevuld en geretourneerd diende te worden. Daarnaast konden personen zelf een aanvraag indienen door middel van een *aanvraagformulier*.

De SVB heeft op drie momenten acties uitgevoerd om potentieel belanghebbenden te bereiken, te weten bij de aanvang van de regeling, bij de verlenging van de regeling en tegen het einde van de regeling. Op deze momenten heeft de SVB de bij het Indisch Platform aangesloten verenigingen, veteranenorganisaties en overige begeleidende instellingen benaderd, alsmede Nederlandse ambassades en consulaten in de belangrijkste vestigingslanden van personen uit het voormalige Nederlands-Indië (Verenigde Staten, Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, Indonesië en Zuid-Afrika) en een vijftigtal Indische verenigingen in binnen- en buitenland, met het verzoek informatie over de Uitkeringsregeling te verspreiden. In aanvulling hierop zijn advertenties geplaatst in bladen die gelezen worden door de doelgroep, zoals de Aanspraak, Moesson en Marinjo (Kamerstuk 20 454, nr. 130, Evaluatie Backpay-regeling).

Vraag 176

Wat is de reden voor de onderschrijding van € 466.000 op de post Collectieve Erkenning Indisch Nederland?

Antwoord:

Jaarlijks zijn er middelen beschikbaar voor de Collectieve Erkenning Indisch Moluks Nederland. Naast de vaste programmalijnen is er een flexibel deel voor culturele-, educatie- en kennisprojecten. Voor de besteding van de middelen uit het flexibele deel is vanaf 1 juli 2018 een subsidieregeling van kracht. Elk jaar worden (meerjarige) projectsubsidies verstrekt totdat het subsidieplafond is bereikt. Het subsidieplafond is gelijk aan de voor het flexibele deel gereserveerde middelen. In 2018 is € 0,5 miljoen aan subsidies verleend. Het kasbeslag van de subsidieverleningen in 2018 vindt echter voor een aanzienlijk deel plaats in 2019, 2020 en 2021. Dat verklaart grotendeels de onderschrijding op de post Collectieve Erkenning Indisch Nederland in 2018. De € 466.000 komt dus wel ten goede aan de doelgroep.

Vraag 177

Waarom stijgt de zorgtoeslag meer dan de zorgpremie?

Antwoord:

De zorgtoeslag voor meerpersoonshuishoudens stijgt in 2019 meer dan de stijging van de zorgpremie, omdat in het regeerakkoord expliciet is besloten de zorgtoeslag voor deze groep te verhogen.

Vraag 178

Waarom werd er voor de bijdrage Shared Service Organisaties (SSO)'s in vergelijking tot voorgaande jaren laag in begroot en werd er vervolgens meer dan voorgaande jaren gerealiseerd?

Antwoord:

Dit hangt samen met de wijze waarop de bekostiging van de SSO's technisch in de begroting is verwerkt. In de begroting wordt alleen de bijdrage van het kerndepartement aan de SSO's begroot. De bijdrage aan de SSO's van de verschillende buitendiensten is hierin nog niet opgenomen. Gedurende het jaar ontvangt het kerndepartement de bijdrage aan de SSO's van de verschillende buitendiensten. Tegenover deze ontvangsten vanuit de buitendiensten staan de hogere uitgaven.

Vraag 179

Wat is de verklaring voor de bijna € 13 miljoen verschil, ten opzichte van de oorspronkelijk vastgestelde begroting, met betrekking tot de inhuur van extern personeel op het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport? Hoeveel fte is middels deze € 13 miljoen extra ingehuurd en op welke projecten of programma's zijn zij aan de slag gegaan? Hoe verhoudt de inhuur van extern personeel op het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zich tot de inhuur van extern personeel op de andere ministeries?

Antwoord

De hogere uitgaven voor externe inhuur van het kerndepartement en de IGJ is in totaal € 13 miljoen. De hogere uitgaven van het kerndepartement voor externe inhuur (€ 8 miljoen) hangen onder anderen samen met de herschikking van het budget voor het Antonie van Leeuwenhoekterrein (€ 1,7 miljoen). Daarnaast is onder meer sprake van hogere uitgaven voor de inschakeling van de Landsadvocaat (€ 1,1 miljoen) en zijn in verband met externe inhuur gereserveerde middelen voor een ICT-project bij de Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (€ 1,7 miljoen), programma PGB (€ 1,6 miljoen) en het programma tegen eenzaamheid (€ 1,1 miljoen) herschikt. De externe inhuur van de IGJ is € 4,1 miljoen hoger uitgevallen dan begroot. De werving van functies die schaars zijn op de arbeidsmarkt vraagt meer tijd waardoor IGJ extern moet inhuren om hierin te voorzien. Dit leidt tot lagere uitgaven aan salarissen en hogere uitgaven voor externe inhuur. Dit geldt ook voor tijdelijke inhuur als overbrugging bij vacatures.

De verhoudingen, ontwikkelingen en het totaalbeeld externe inhuur worden gegeven in de Jaarrapportage Bedrijfsvoering Rijk 2018. Deze wordt door het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties aan de Kamer aangeboden.

Vraag 180

Wat verklaart het verschil tussen de begroting en de realisatie van de apparaatskosten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)?

Antwoord:

Omdat de gegevens over het jaar 2018 bij het opstellen van het jaarverslag niet tijdig beschikbaar waren zijn voor de realisatiecijfers de cijfers over 2017 gepresenteerd.

De totaal gerealiseerde lasten in 2017 bedroegen € 55,6 miljoen waarvan € 48,6 miljoen is bestempeld als apparaatskosten (zie ook tabel 2 op bladzijde 240 van het jaarverslag). Het verschil (€ 7 miljoen) betreft hoofdzakelijk programmakosten zoals kosten voor inhuur externe deskundigheid, uitzendkrachten, onderzoek en advies.

In het gepresenteerde begrotingsbedrag 2018 is voornoemd onderscheid niet gemaakt. Dit bedrag is derhalve inclusief de programmakosten. Het verschil met de realisatie, ook nog eens afgezet tegen de cijfers over 2017, geeft derhalve een onjuist beeld. In het jaarverslag 2019 zal hier rekening mee worden gehouden.

Vraag 181

Kunt u de versterking van een aantal stafdirecties (bestuurlijk, facilitair, juridisch en communicatie – € 5,1 miljoen) op de Personele uitgaven van het kerndepartement nader specificeren?

Antwoord:

De totaaloptelling van € 5,1 miljoen is opgebouwd uit:

- versterking van de directie Geneesmiddelen en Medische Technologie voor de uitvoering van het actief donorregistratiesysteem (€ 0,2 miljoen)
- versterking van de directie Innovatie en Zorgvernieuwing en Maatschappelijke Ondersteuning voor de uitvoering van diverse regeerakkoordmaatregelen (€ 1 miljoen)
- uitbreiding van directie Wetgeving en Juridische Zaken voor de uitvoering van staatssteuntoetsen (€ 1 miljoen)
- uitbreiding directie Communicatie voor de ondersteuning van de derde bewindspersoon en de verschillende actieprogramma's (€ 2,1 miljoen)
- uitbreiding directie Bureau Politieke Zaken voor ondersteuning van de derde bewindspersoon (€ 0,8 miljoen).

Vraag 182

Wat wordt er met de extra middelen voor eigen personeel op projectdirectie Anthonie van Leeuwenhoekterrein gerealiseerd?

Antwoord:

De mutatie houdt verband met extra uitgaven voor research en development van Intravacc en ARC. Daarnaast zijn er uitgaven voor de staf van PD-Alt en aan BTW. Hier staan ontvangsten van onder anderen Bbio, RIVM en voor de BTW tegenover. Daarnaast is € 1,1 miljoen aan het budget toegevoegd voor eigen personeel in verband met noodzakelijke investeringen van PD-Alt in het kader van de verzelfstandiging.

Vraag 183

Wat wordt er met de extra middelen op overige materiële uitgaven op projectdirectie Anthonie van Leeuwenhoekterrein gerealiseerd?

Antwoord:

De extra middelen (€ 18,4 miljoen) op overige materiële uitgaven hebben betrekking op een aantal mutaties. Allereerst hangen deze samen met het vaccinonderzoek (€ 5,8 miljoen) en het onderzoek naar alternatieven voor diervoorproeven (€ 1,7 miljoen). Daarnaast is voor verbetering van laboratoria € 4 miljoen aan het budget toegevoegd. In het kader van de transitiekosten die verband houden met de verzelfstandiging is € 0,8 miljoen beschikbaar gesteld. Het resterende bedrag (€ 3,1 miljoen) betreft mutaties met een technisch karakter, namelijk overheveling van eigenaarsbijdrage vanuit artikel 9 en overheveling binnen de begroting van PD-Alt.

Vraag 184

Waaruit bestaan de ontvangsten van de IGJ?

Antwoord:

De ontvangsten van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in 2018 bestonden uit:

Ontvangsten door opgelegde boetes en lastsommen	€ 1.850.000
Ontvangen loonkosten als gevolg van uitgaande detacheringen	€ 300.000
Ontvangsten buitenlandse inspecties op grond van wettelijke bepalingen	€ 950.000
Ontvangsten van het UWV in het kader van de ZW	€ 410.000
Ontvangen bijdrage van het CIBG (vergunningen)	€ 80.000
Diverse kleine ontvangsten	€ 250.000
Totaal	€ 3.840.000

Vraag 185

Het percentage externe inhuur komt uit op 11,4% van de totale loonkosten; waarom houdt u zich niet aan de Roemernorm die stelt dat

maximaal 10% van de loonkosten besteed mag worden aan externen?
Welke maatregelen neemt u om dit jaar wel aan deze norm te voldoen?

Antwoord:

Het percentage externe inhuur bij het RIVM ligt in 2018 boven de norm van 10%. Het te hoge percentage wordt veroorzaakt door het inhuurpercentage bij SSC Campus (shared service ICT). In 2018 heeft een grote inhaalslag plaatsgevonden binnen de ICT-infrastructuur. Voor het realiseren van ICT-projecten is een groot beroep gedaan op SSC Campus, wat voor een deel het hoge percentage inhuur verklaart. Daarnaast is er weinig aanbod gekwalificeerd personeel, waardoor inhuur noodzakelijk is. Door diverse inspanningen om nieuwe medewerkers aan te trekken is er een toename van het aantal reacties op vacatures zichtbaar en de kwaliteit van het aanbod groeit. Tevens vindt er een stroomlijning van de ICT-organisatie plaats mede met het oog op het beperken van de externe inhuur.

Vraag 186

Met welke reden zijn bij zowel het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) als de Centrale Commissie voor Mensgebonden Onderzoek (CCMO) zoveel overschrijdingen van de Wet Normering Topinkomens (WNT) vastgesteld en goedgekeurd?

Antwoord:

Er is bij CBG en CCMO geen sprake van een overschrijding van de bezoldigingsgrens. De topfunctionarissen zijn in het overzicht opgenomen, omdat de wet bepaalt dat de bezoldiging en eventuele ontslaguitkeringen van topfunctionarissen in de publieke en semi-publieke sector op naamsniveau vermeld moeten worden in het financieel jaarverslag. Deze publicatieplicht geldt tevens voor topfunctionarissen die bij een WNT-instelling geen – al dan niet fictieve – dienstbetrekking hebben of hadden.

Vraag 187

Welk percentage van de uitgaven in de paramedische zorg betreft ongecontracteerde zorg in de jaren 2015, 2016, 2017 en 2018?

Antwoord:

Helaas beschik ik niet over het percentage van de uitgaven aan niet-gecontracteerde paramedische zorg. Uit de onlangs verschenen Monitor contractering paramedische zorg (Kamerstuk 33 578-62) blijkt dat in de periode 2014 tot en met 2018 de contracteergraad in de paramedische sector stabiel en hoog is. In alle sectoren van paramedische zorg is er sprake van een gemiddelde contracteergraad van circa 90%. Per beroepsgroep zijn er verschillen. Zo ligt de contracteergraad bij de oefentherapeuten, diëtisten en ergotherapeuten hoger dan bij de fysiotherapeuten en logopedisten. De contracteergraad in dit onderzoek is berekend als het percentage getekende contracten op het totaal aantal conceptcontracten dat zorgverzekeraars verzonden hebben aan de bij hen bekende aanbieders van paramedische zorg; dat kan afwijken van het percentage van de uitgaven aan niet-gecontracteerde paramedische zorg.

Vraag 188

Welk percentage van de uitgaven in de wijkverpleegkundige zorg betreft ongecontracteerde zorg in de jaren 2015, 2016, 2017 en 2018?

Antwoord:

Zie onderstaande tabel voor gegevens niet-gecontracteerde wijkverpleging in 2015, 2016 en de eerste zeven maanden van 2017 (zie Kamerstuk 29 689-885). In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is

afgesproken dat op basis van Vektis-data de ontwikkeling van het aandeel niet-gecontracteerde zorg per kwartaal in beeld wordt gebracht en besproken. Na de zomer ontvangt u een rapportage van Vektis waarin gegevens over geheel 2017, 2018 en het eerste kwartaal 2019 zijn opgenomen.

	2015	2016	1 ^e helft 2017
% niet-gecontracteerde uitgaven wijkverpleging	1,3%	4,2%	6,2%

Bron: Vektis

Vraag 189

Welke verschillende oorzaken liggen ten grondslag aan de afname van de omvang van de langdurige ggz met in totaal € 170 miljoen euro in de afgelopen jaren?

Antwoord:

De daling van de Wlz-uitgaven van 2015 naar 2017 (circa € 100 mln) wordt verklaard doordat vanaf 2015 geldt dat ggz-cliënten, die verblijf nodig hebben vanwege de behandeling, het verblijf pas na drie jaar voort kunnen zetten in de Wlz. In de eerste drie jaar vallen de uitgaven voor deze groep onder de Zvw. In 2016 en 2017 komt de daling van de uitgaven in de Wlz voor deze groep overeen met de stijging van de uitgaven in de Zvw. Voor de daling van de uitgaven in 2018 (circa € 70 miljoen) is op dit moment nog geen verklaring voorhanden. Dit wordt nog onderzocht.

Vraag 190

Hoeveel mensen hadden in 2018 een indicatie voor de geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

In de curatieve ggz worden geen indicaties afgegeven, maar hebben patiënten direct na een verwijzing toegang tot zorg. Op dit moment is nog niet bekend hoeveel mensen in 2018 in de curatieve ggz zorg ontvingen. Die informatie komt beschikbaar als de zorg daadwerkelijk is gedeclareerd.

Eind 2018 waren er 5.165 cliënten met een indicatie voor verblijf in een psychiatrische instelling op grond van de Wlz (het zogenaamde voortgezet verblijf, ggz-B) (bron: CBS, monitor langdurige zorg).

Vraag 191

2018 is het zesde jaar op rij dat de groei van zorguitgaven onder de economische groei uit komt, zijn de zorguitgaven hiermee beheerst? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Dat de groei van de zorguitgaven voor het zesde jaar op rij onder de economische groei is uitgekomen is een trendbeuk met het verleden en een indicatie dat het beleid gericht op kostenbeheersing zijn vruchten afwerpt. Maar kostenbeheersing vraagt blijvende aandacht. In de hoofdlijnenakkoorden van 2019–2022 zijn daarom wederom afspraken gemaakt gericht op kwaliteitsverbeteringen die tevens bijdragen aan meer doelmatigheid in de zorg. De hoofdlijnenakkoorden en de maatregelen op het gebied van genees- en hulpmiddelen voorzien zo opnieuw in een rem op de groei van de zorguitgaven en leveren per saldo een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel. Dit neemt niet weg dat de zorg de komende jaren naar verwachting harder zal groeien dan de economie. Die verwachting is weergegeven in de

ontwerpbegroting 2019 (pagina 234) en zal in de ontwerpbegroting 2020 worden geactualiseerd.

Vraag 192

Waarom wordt er bij voorbaat van uitgegaan dat het wenselijk is dat de groei van de zorguitgaven onder de economische groei ligt?

Antwoord:

De hoogte van de wenselijke groei van de zorguitgaven is een politieke afweging waarover ik regelmatig met uw Kamer debateer. Wanneer de zorguitgaven structureel harder groeien dan de economie nemen deze een steeds groter deel in van de totale bruto collectieve uitgaven en verdringen hiermee andere uitgaven. Meer geld voor zorg betekent dat er relatief minder geld beschikbaar is voor bijvoorbeeld onderwijs, defensie en sociale zekerheid. Onder andere de Raad van State heeft gewezen op dit verdringingseffect, in reactie op de Miljoenennota 2018 (Kamerstuk 35 000, nr. 1).

Vraag 193

Waarom is de Sociaal-Economische Raad (SER) niet gevraagd te onderzoeken wat de gevolgen zijn van een lagere groei van de zorguitgaven ten opzichte van de economische groei, gezien de demografische ontwikkelingen en vergrijzing?

Antwoord:

De Sociaal-Economische Raad (SER) is gevraagd om gevolgen te verkennen van de stijgende zorgkosten voor de economie en de arbeidsmarkt, alsook voor de solidariteit die ten grondslag ligt aan ons stelsel. Daarbij is de SER gevraagd zijn visie te geven op de grenzen waarbinnen de zorguitgaven zich kunnen ontwikkelen. Ik heb er vertrouwen in dat de SER de huidige context van de zorguitgaven meeneemt in de verkenning.

Vraag 194

Wat is de verklaring voor het reeds zes jaar op rij te hoog inschatten van de zorguitgaven? Wat zegt dit over de betrouwbaarheid van toekomstige inschattingen?

Antwoord:

De ramingen voor de zorguitgaven zijn gebaseerd op ramingen van het Centraal Planbureau. De systematiek die wordt gebruikt is uitgebreid gedocumenteerd¹⁴. In recente jaren bleken met name de uitgaven binnen de Zorgverzekeringswet minder hard te groeien dan werd geraamd. Zo is met name voor de sector genees- en hulpmiddelen de groei lager uitgekomen door scherpere inkoop door zorgverzekeraars en als gevolg van gemaakte prijsarrangementen voor dure geneesmiddelen. Ook speelt mee dat voor de verwachte uitgaven van de sectoren waarmee hoofdlijnenakkoorden zijn afgesloten uiteindelijk de overeengekomen budgetten niet volledig zijn benut. Dat leidt bij onder andere de wijkverpleging, de ggz en (in mindere mate) de huisartsenzorg tot neerwaartse bijstellingen na het opstellen van de ontwerpbegroting. Tot slot bleek de verwachte loon- en prijsstijging van de zorguitgaven, op basis van de CPB-ramingen, lopende het jaar lager uit te vallen. Gegeven de grondslag van de zorguitgaven van zo'n € 70 miljard zorgen procentueel betrekkelijk kleine bijstellingen van de geraamde ontwikkeling van de lonen en prijzen voor forse bijstellingen van de geraamde zorguitgaven.

¹⁴ Een raming van de zorguitgaven 2018–2021, CPB Achtergronddocument, 30 maart 2016.

Dat de zorguitgaven te hoog worden ingeschat is geen gegeven. Tot en met 2012 werden de zorguitgaven vaak juist te laag ingeschat. Ramingen zijn de best mogelijke inschattingen van de budgettaire consequenties van een regeling of maatregel in de toekomst. Zoals ook in het focusonderwerp van het Financieel Jaarverslag Rijk 2018, «onderbouwing van de ramingen van inkomsten en uitgaven» is aangegeven, zijn ramingen altijd met onzekerheid omgeven. De kwaliteit, betrouwbaarheid en onderbouwing van de ramingen hebben dan ook continu de aandacht.

Vraag 195

Kunt u nader verklaren dat de groei van de gecorrigeerde zorguitgaven, waarin de uitgaven aan Wmo- (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugdzorg niet meetellen vanwege de overheveling per 2019, is uitgekomen op € 2,6 miljard, € 1 miljard minder dan de bij regeerakkoord geraamde groei van € 3,6 miljard?

Antwoord:

Het is niet goed mogelijk om in algemene termen van prijs- en volumeontwikkelingen aan te geven waarom de groei van de zorguitgaven lager is uitgevallen dan geraamd. De belangrijkste reden daarvoor is dat de totale zorguitgaven een optelsom vormen van duizenden behandelingen, verrichtingen, zorgpakketten en overige producten tegen evenzovele verschillende prijzen.

Voor de afzonderlijke sectoren met de grootste onderschrijdingen binnen de curatieve zorg en de langdurige zorg wordt wel aangegeven welke factoren een rol (kunnen) hebben gespeeld. Het betreft onder andere de uitgaven aan eerstelijnszorg, wijkverpleging, geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en genees- en hulpmiddelen. Deze informatie is te vinden in de verdiepingsbijlage (hoofdstuk 6) van het Financieel Beeld Zorg.

Vraag 196

Kunt u de transitie- en uitvoeringskosten van het kwaliteitskader Wlz nader specificeren?

Antwoord:

Bijgaande tabel presenteert een nadere specificatie van de transitie- en uitvoeringskosten van het kwaliteitskader Wlz. Deze cijfers zijn tevens opgenomen in het programmaplan Thuis in het Verpleeghuis¹⁵. Onder de tabel treft u een toelichting aan op de cijfers.

Tabel: Transitie- en uitvoeringskosten kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Bedragen x 1 miljoen	2018	2019	2020	2021	structureel	
1	<i>Transitie-middelen kwaliteitskader</i>	125	125	125	125	–
	<i>a) waarvan arbeidsmarkt</i>	67,5	67,5	67,5	67,5	–
	<i>b) waarvan ontwikkelbudget</i>	50	50	50	50	–
	<i>c) waarvan spiegelinformatie en overig</i>	7,5	7,5	7,5	7,5	–
2	Uitvoeringskosten kwaliteitskader	6,5	6,5	6,5	6,5	12

1. Transitie-middelen:

Voor de periode 2018–2021 is jaarlijks 125 miljoen euro voor transitiekosten

beschikbaar voor ondersteuning van zorgorganisaties. De opbouw van deze 125 miljoen euro is als volgt:

- a) 67,5 miljoen euro per jaar voor ondersteuning van het arbeidsmarktbeleid. De vier maal 67,5 miljoen euro is belegd in de regeling Sectorplan Plus 260 miljoen euro) en in het project «Sterk in je

¹⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 318.

- werk» (10 miljoen euro). Beide zijn onderdeel van het zorgbrede Actieprogramma «Werken in de Zorg».
- b) 50 miljoen euro per jaar is als «ontwikkelruimte» beschikbaar gesteld, voor regionale knelpunten op het gebied van innovatie, ICT of arbeidsmarkt.
 - c) 7,5 miljoen euro per jaar is voor andere ondersteuning, zoals de ontwikkeling van de spiegelinformatie waarmee kosten en kwaliteit inzichtelijk worden gemaakt.
2. Uitvoeringskosten:
 Zorgkantoren en de IGJ hebben een belangrijke rol bij de uitvoering van het kwaliteitskader. Hiervoor zijn extra middelen vrijgemaakt van 6,5 miljoen euro structureel vanaf 2018. Per 2022 is een bedrag beschikbaar van 12 miljoen euro, waarmee onder meer de spiegelinformatie structureel kan worden geborgd.

Vraag 197

Waarom is het niet mogelijk de geraamde derving van het eigen risico daadwerkelijk vast te stellen?

Antwoord:

Het is niet mogelijk de geraamde derving van het eigen risico vast te stellen, omdat de realisatie van opbrengsten van het eigen risico die daadwerkelijk worden betaald door verzekerden niet regulier wordt gemonitord. In de begroting en het jaarverslag wordt uitgegaan van een raming van de opbrengsten. Daarbovenop kunnen verzekeraars betalingen voor het eigen risico kwijtschelden (bijvoorbeeld bij preferente geneesmiddelen of voorkeursaanbieders). Hierdoor kan in de realisatiecijfers niet onderscheiden worden welke derving het gevolg is van de handhaving van de hoogte van het eigen risico op € 385 en het eventuele kwijtschelden van het eigen risico door verzekeraars.

Vraag 198

Waarom is er een negatieve loon- en prijsontwikkeling in 2018? Is dit als gevolg van de prijzen die minder snel stegen of de lonen? Indien (ook) het tweede het geval is, hoeveel zijn de lonen over de diverse zorgsectoren in 2018 gestegen? Heeft u een actueel overzicht van alle collectieve arbeidsovereenkomsten (CAO's) in de zorg en kunt u aangeven hoe hard de lonen zijn gestegen in de zorg vanaf het jaar 2012?

Antwoord:

De negatieve bijstelling van de loon- en prijsontwikkeling in 2018 betreft de aanpassing van de loon- en prijsbijstelling ten opzichte van het hiervoor geraamde bedrag bij de startnota. Dit betreft dus geen negatieve loon- en prijsontwikkeling, maar enkel een lagere stijging dan eerder verwacht.

Uit CPB-cijfers blijkt dat over de periode 2012–2018 de contractloonontwikkeling in zorg en welzijn in totaal met gemiddeld 10,5% is gestegen. In dit cijfer zijn alle cao's in zorg en welzijn meegenomen.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1,6%	1,5%	1,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,7%

Een uitsplitsing naar loonontwikkeling per zorgsector is niet beschikbaar.

Vraag 199

Wat waren de afgelopen tien jaar de onderschrijdingen op geneesmiddelen? Kunt u hier een overzicht van geven?

Antwoord:

Hieronder staat per jaar de onderschrijding op de uitgaven geneesmiddelen weergegeven.

Onder- en overschrijdingen geneesmiddelen 2009–2018 (bedragen x € 1 miljoen)

Jaar	Bedrag
2009	– 48
2010	– 155
2011	– 322
2012	– 827
2013	– 1.239
2014	– 795
2015	– 93
2016	25
2017	– 263
2018	– 359

Bron, VWS-jaarverslagen 2009 t/m 2018

Genoemde onderschrijdingen betreffen de actualisaties tussen de ontwerpbegroting en het jaarverslag van het betreffende jaar. De in de tabel genoemde bedragen zijn niet bij elkaar op te tellen (omdat als bijvoorbeeld een actualisatie van jaar t bij het jaarverslag van jaar t structureel wordt verondersteld, dit dan ook wordt verwerkt voor het jaar t+1 bij de 1^e suppletoire wet van jaar t+1).

Vraag 200

Waaruit blijkt dat dure geneesmiddelen andere zorg verdringen? Kunt u hier concrete voorbeelden van geven?

Antwoord:

Zoals ook aangegeven in mijn brief van 1 februari 2019 (kamerstuk 29477–539, «Aanbiedingsbrief monitor geneesmiddelen in de msz») is het beeld dat de NZa schetst (in de monitor) van de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg (MSZ) overwegend positief. De NZa noch zorgverzekeraars hebben signalen ontvangen over problemen met de toegankelijkheid.

Deze situatie willen we ook in de toekomst behouden. Hierbij is relevant dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen onderdeel zijn van het budgettaire kader voor MSZ. In het bestuurlijk akkoord MSZ zijn maatregelen benoemd die worden genomen om de kostenstijging van dure geneesmiddelen af te remmen, juist om het risico van verdringing te verkleinen.

Vraag 201

Waarom is er niet voor gekozen om ook € 50 miljoen van de onderschrijding op de geneesmiddelen binnen het betreffende kader te laten? Kunt u hier een uitgebreide toelichting op geven?

Antwoord:

De bijstelling in het jaarverslag 2018 á € 92,7 miljoen betreft een bijstelling van het kader in 2018. Dit betreft geen structurele boeking. In die zin «zit het bedrag» na deze boeking nog in het kader. De budgettaire aanpassingen voor 2019 en verder worden in de 1^e suppletoire wet met betrekking tot de begroting 2019 weergegeven en toegelicht.

Vraag 202

Wat zijn de oorzaken van de onderschrijding van € 600 miljoen in de tweede suppletoire begroting 2018?

Antwoord:

Voor de tweede suppletoire begroting wordt gebruik gemaakt van de cijfers van het Zorginstituut die in september 2018 beschikbaar komen. De grootste onderschrijdingen zijn bij de sectoren wijkverpleging, genees- en hulpmiddelen, ggz en overige eerstelijnszorg. Deze onderschrijdingen zijn veroorzaakt door lager dan geraamde groei bij de eerstelijnszorg, de doorwerking van de verdere daling van de Britse Pond die doorwerkt in de geneesmiddelenprijzen, en de mogelijke doorwerking van de toegenomen onderschrijdingen over 2016 en 2017 bij de ggz.

Bij de wijkverpleging is de onderschrijding deels het resultaat van het (als gevolg van de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord) niet doortrekken van onderschrijdingen uit eerdere jaren, deels doordat het aantal uren geleverde zorg per persoon in 2018 lager was dan in eerdere jaren en deels doordat wijkverpleging, geleverd aan cliënten met een Wlz-indicatie, als gevolg van extra controles vanaf 2018 niet meer onder de Zvw maar onder de Wlz worden gedeclareerd.

Vraag 203

Waarom wordt substitutie van behandelingen van de tweede naar de eerste lijn niet bewerkstelligd door de tarieven in de tweede lijn te verlagen?

Antwoord:

De tarieven in de tweedelijns medisch-specialistische zorg zijn voor een groot deel vrije tarieven. Het is aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken over tarieven, als ook over substitutie. Een verlaging van de tarieven door VWS is in die zin praktisch niet mogelijk. Het verlagen van tarieven in de tweede lijn is ook niet voldoende. Er moet immers goed worden onderzocht welke aandoeningen naar de eerste of nulde lijn verplaatst kunnen worden. Vervolgens moeten er met aanbieders in de eerste lijn afspraken worden gemaakt over hoe de zorg daar naartoe verplaatst wordt. In de hoofdlijnenakkoorden wordt daarom langs de lijn van de juiste zorg op de juiste plek in een zorgvuldig overgangstraject voorzien.

Vraag 204

Waarom komt de post Voorziening voor door gemeenten ervaren knelpunten ten laste van de Wlz-uitgaven en -ontvangsten?

Antwoord:

Omdat vanuit de onderuitputting Wlz middelen beschikbaar zijn gesteld voor gemeenten.

Vraag 205

Wat zijn binnen de Wlz de stijgingen, dan wel dalingen in zowel aantallen als gemiddeld tarief van PGB's, het volledig pakket thuis (VPT) en modulair pakket thuis (MPT)? Hoe ontwikkelt dit zich sinds 2015?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn het aantal pgb-budgethouders en de aantallen cliënten met een VPT en MPT weergegeven. Het betreft unieke personen die gedurende het hele jaar of een deel van het jaar Wlz-zorg hebben ontvangen. Het gemiddelde bedrag is berekend door het jaarbedrag te delen door het aantal personen. Hierbij moet bedacht worden dat ook dubbeltellingen mogelijk zijn: unieke cliënten kunnen immers in een periode zowel zorg op basis van pgb, vpt als mpt ontvangen. Bij het PGB gaat het om het bestede bedrag volgens opgave van de SVB. Bij het VPT en MPT gaat het om het gedeclareerde bedrag volgens opgave van Vektis. Vergelijkbare cijfers over 2018 zijn nog niet via de Monitor langdurige zorg beschikbaar.

	2015	2016	toename	2017	toename
PGB					
aantal budgethouders in jaar	36.640	42.490	16%	45.240	6%
gemiddeld bedrag per budgethouder	€ 34.922	€ 36.545	5%	€ 36.224	- 1%
VPT					
aantal cliënten in jaar	10.170	11.930	17%	14.190	19%
gemiddeld bedrag per cliënt	€ 34.240	€ 34.916	2%	€ 35.991	3%
MPT					
aantal cliënten in jaar	59.135	55.615	- 6%	60.150	8%
gemiddeld bedrag per cliënt	€ 15.384	€ 15.472	1%	€ 14.337	- 7%

Bron: www.monitorlangdurigezorg.nl

PGB: <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40064NED/table?ts=1558642898920>

VPT en MPT: <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40075NED/table?ts=1558643126372>

Vraag 206

Naar aanleiding van de actualisatiecijfers van de NZa is de veronderstelde onderuitputting van de Wlz-leveringsvorm Zorg in Natura in de eerste supplettoire wet 2018 verlaagd van 0,6% naar 0,3%, de geraamde uitgaven voor Zorg in Natura vallen € 54 miljoen hoger uit; kunt u dit nader verklaren?

Antwoord:

Op basis van de actualisatie over 2016 en 2017 is de onderuitputting die naar verwachting na afloop van 2018 zal optreden verlaagd van 0,6% naar 0,3%. Dit betekent dat de verwachting is dat het beschikbare kader voor het jaar 2018 door zorgkantoren en zorgaanbieders in grotere mate zal worden benut. Dat leidt tot een opwaartse bijstelling van de geraamde Wlz-uitgaven met € 54 miljoen structureel.

Vraag 207

Waarom is er minder uitgegeven dan verwacht aan patiëntveiligheid?

Antwoord:

Onder de post subsidie, kwaliteit, transparantie en patiënt veiligheid (artikel 2) zijn onder andere de middelen opgenomen voor de uitvoering van het Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt – professional voor de GGZ (VIPP GGZ). Deze regeling is op 29 oktober 2018 gepubliceerd in de Staatscourant. Aanvankelijk was voorzien dat de regeling eerder in 2018 gepubliceerd zou worden en dus ook eerder tot betalingen hebben geleid.

Vraag 208

Wat is het effect van een eventuele afschaffing van de Inkomensafhankelijke bijdrage (IAB)? Hoe hoog is de lastenverlichting voor werkgevers? Wat zijn de gevolgen voor werknemers?

Antwoord:

De opbrengst van de IAB was in 2018 24 miljard euro. Als de IAB zou worden afgeschaft zonder dat elders de lasten worden verhoogd zou dit leiden tot een EMU-saldo verslechtering van 24 miljard euro. De grondslag van de IAB zit voor meer dan de helft bij bedrijven, waardoor de lastenverlichting ook voor meer dan de helft bij bedrijven zal neerslaan. Als wordt besloten om de derving van 24 mld te dekken door (bijv.) de (opbrengst van de) nominale zorgpremie te verhogen met 24 mld, zal dit leiden tot een (forse) lastenschuif van bedrijven naar burgers.

Vraag 209

Wat zijn de oorzaken van de lagere uitgaven van individuele zorgverzekeraars (€ 1,6 miljard)?

Antwoord:

In paragraaf 3.1.1. (pagina 177 en verder) van het Jaarverslag staat de uitsplitsing van de bijstelling van de Zvw uitgaven sinds de startnota. Van de bijstelling van – € 1,8 miljard betreft – € 1,6 miljard uitgaven van individuele verzekeraars. Het verschil tussen deze twee bedragen wordt gevormd door de uitgavenbijstellingen bij de rechtstreekse uitgaven van het Zorgverzekeringsfonds. Dit betreft met name de bijstelling bij de uitgaven voor medische vervolgopleidingen.

Vraag 210

Wat zijn de oorzaken van de lagere opbrengst (€ 0,9 miljard) van de nominale premie?

Antwoord:

De verzekeraars verwachtten in november 2018, toen zij de premie 2019 vaststelden, dat de zorguitgaven in 2019 lager zouden uitvallen dan VWS in de begroting had verwerkt. Dit hebben verzekeraars gelijk verwerkt in lagere premies 2019 dan door VWS geraamd. Daarnaast hebben verzekeraars onder andere rekening gehouden met een iets beperktere reserveafbouw dan door VWS geraamd.

Vraag 211

Wat zijn de oorzaken van de hogere uitgaven voor beheerskosten/saldo (€ 0,8 miljard)?

Antwoord:

De post beheerskosten/saldo is een saldopost. Het betreft het saldo van de inkomsten van verzekeraars uit nominale premie, eigen risico en vereveningsbijdrage enerzijds en de zorguitgaven anderzijds. De post is opgelopen omdat de zorguitgaven van verzekeraars thans € 1,6 miljard lager worden geraamd, de inkomsten uit nominale premies € 0,9 miljard lager terwijl de inkomsten uit eigen risico en de vereveningsbijdrage gelijk zijn gebleven. De post beheerskosten/saldo bestaat uit de echte beheerskosten, het saldo van verzekeraars en overige kosten van verzekeraars. De echte beheerskosten zijn niet hoger uitgekomen. De bijstelling betreft daarom vooral een toevoeging aan de reserves van verzekeraars en mogelijk deels overige kosten van verzekeraars (bijvoorbeeld de premieopslag vanwege het vrijwillig eigen risico).

Vraag 212

Wat zijn de uitvoeringskosten van het eigen risico?

Antwoord:

Wat exact de uitvoeringskosten zijn van het eigen risico is niet bekend. In Zorgkeuzes in Kaart (Kamerstuk 29 689, nr. 596) is een bedrag van € 40 miljoen gebruikt als inschatting van de besparing op de uitvoeringskosten bij afschaffing van het eigen risico.

Vraag 213

Wat zijn de uitvoeringskosten van de zorgtoeslag?

Antwoord:

Uit de meest recente gegevens die over de uitvoeringskosten voor de zorgtoeslag beschikbaar zijn, blijkt dat de uitvoeringskosten in 2017 74 miljoen euro bedroegen.

Vraag 214

Wat is de oorzaak van het feit dat de uitgaven gefinancierd via de Wlz € 0,5 miljard lager zijn uitgekomen dan geraamd in de Startnota?

Antwoord:

De verticale ontwikkeling van de Wlz-uitgaven zijn in onderstaande tabel opgenomen. Hier is de oorzaak van de lagere uitgaven opgenomen.

Tabel 8 Verticale ontwikkeling van de Wlz-uitgaven en -ontvangsten (bedragen x € 1 miljoen)

	2018
Bruto Wlz-uitgaven ontwerpbegroting 2018	21.811,9
Bijstellingen Startnota	49,8
Bruto Wlz-uitgaven NvW begroting 2018	21.861,7
Autonoom	- 314,0
Actualisering zorguitgaven (zie tabel 8A)	- 165,4
Loon- en prijsontwikkeling	- 48,6
Ramingsbijstelling	- 100,0
Beleidsmatig	155,2
Voorziening voor door gemeenten ervaren knelpunten	100,0
Actualisatie onderuitputting Zorg in Natura (ZIN)	54,0
Ramingsbijstelling NHC in Wlz-tarief	11,0
Overgangsproblematiek naar Wlz (zorgval)	10,0
Overig beleidsmatig	- 19,8
Technisch	- 316,9
Overheveling middelen voorziening voor door gemeenten ervaren knelpunten (overboeking naar gemeentefonds)	- 100,0
Loon- en prijsbijstelling 2018 Wmo huishoudelijke hulp, Wmo 2015 en Jeugdwet	- 144,1
Loon- en prijsbijstelling 2018 beschermd wonen	- 44,8
Overboeking middelen Transformatiefonds jeugd	- 18,0
Aanpak kindermishandeling	- 6,5
Overig technisch	- 3,6
<i>Totaal bijstellingen</i>	<i>- 475,7</i>
Bruto Wlz-uitgaven jaarverslag 2018	21.385,9
Wlz-ontvangsten ontwerpbegroting 2018	1.879,1
Bijstellingen Startnota	- 16,2
Wlz-ontvangsten NvW begroting 2018	1.862,9
Autonoom	- 50,1
Actualisering ontvangsten	- 50,1
<i>Totaal bijstellingen</i>	<i>- 50,1</i>
Wlz-ontvangsten jaarverslag 2018	1.812,8
Netto Wlz-uitgaven NvW begroting 2018	19.998,8
<i>Totaal bijstellingen in de netto Wlz-uitgaven</i>	<i>- 425,6</i>
Netto Wlz-uitgaven jaarverslag 2018	19.573,1

Bron: VWS, gegevens Zorginstituut over (voorlopige) financieringslasten Zvw en Wlz en NZa-gegevens over de productieafspraken en (voorlopige) realisatiegegevens.

Vraag 215

De gemiddelde lasten voor een volwassene komen uit op € 5.580 voor 2018; kan dit bedrag uitgesplitst worden naar kosten voor de verschillende inkomensgroepen, ook als percentage van het inkomen? Oftewel; wat zijn de gemiddelde lasten voor iemand uit de inkomensgroep met de 10% laagste inkomens, de groep met de 10% hoogste inkomens en de 8 groepen (10–20%, 20–30% enz.) daartussenin? Kan vervolgens inzicht gegeven worden in de gemiddelde lasten voor chronisch zieken?

Antwoord:

De gevraagde uitsplitsing valt niet te geven. Van een aantal financieringsbronnen (zorgtoeslag, Wlz-premie, IAB) valt wel aan te geven hoeveel een individueel huishouden met een bepaald inkomen betaalt. Dit is weergegeven in onderstaande tabel. Hoeveel een individu (en een inkomensgroep) uiteindelijk bijdraagt, hangt er bijvoorbeeld vanaf

hoeveel en wat hij consumeert (bij de btw) en hoeveel hij (bijvoorbeeld via de hypotheekrente) aftrekt bij de inkomstenbelasting. Dat valt niet eenduidig te bepalen. Daarnaast zijn de gemiddelde lasten voor chronisch zieken niet eenduidig in beeld te brengen, aangezien deze mede afhankelijk zijn van de zorgvraag.

Gemiddelde totale zorgkosten per verzekerde in 2018¹

	Alleenstaand (zonder kinderen)	Gehuwd (met kinderen)
Bijstand	€ 3.045 (20%)	€ 4.142 (21%)
Wettelijk minimumloon	€ 3.379 (16%)	€ 3.861 (19%)
Modaal	€ 7.510 (21%)	€ 8.520 (24%)
2 x Modaal	€ 11.037 (16%)	€ 12.430 (18%)
AOW	€ 2.705 (18%)	€ 4.527 (22%)

¹ De percentages weergeven het aandeel zorgkosten van het brutotoekomen.

Vraag 216

Wat veroorzaakte de onderschrijding van € 20 miljoen op de uitgaven aan tandheelkundige zorg? Welk budget wordt precies uitgegeven aan preventie op het gebied van mondzorg? Kan daarbij een overzicht met de verschillende lopende activiteiten gegeven worden?

Antwoord:

Zoals in het jaarverslag aangegeven, wordt de onderschrijding grotendeels verklaard door het uitblijven van verwachte volumegroei (ca. € 11 miljoen) en een te hoge uitkering van de loon- en prijsbijstelling (ca. € 7 miljoen).

De mondzorg kent verschillende prestaties op het gebied van preventieve zorg. Zo is een groot deel van de behandelingen bij kinderen preventief. Denk hierbij aan reguliere controles en alle behandelingen die daarmee gepaard gaan. Ook preventieve voorlichting, gebitsreiniging en fluoridebehandeling vallen onder preventieve behandelingen. In 2016 en 2017 is er ca. € 130 miljoen uitgegeven aan preventieve behandelingen in de mondzorg.

Vraag 217

Wat kost het om fysiotherapie voor reumatische aandoeningen in het basispakket op te nemen? Waarom wordt de onderschrijding op fysiotherapie hier niet voor ingezet?

Antwoord:

Ik beschik niet over gegevens die de uitgaven voor reumatische aandoeningen aan fysiotherapie specificeren. Op basis van de gegevens die ik nu tot mijn beschikking heb, kan ik niet inschatten wat de kosten hiervan zijn. Het is gebruikelijk dat het Zorginstituut onderzoek weegt, en mij, als daar aanleiding toe is, adviseert over het wel of niet opnemen in het basispakket, alvorens ik hier een besluit over neem en er premiemiddelen voor inzet. De premiemiddelen die samenhangen met de onderschrijding op de fysiotherapie worden hier daarom niet voor ingezet.

Vraag 218

Wat zijn de oorzaken van de onderschrijding van € 44 miljoen voor het eerstelijnsverblijf?

Antwoord:

De uitgaven aan het eerstelijnsverblijf zijn in 2018 lager uitgekomen dan dat er aan middelen beschikbaar is gesteld. Het is niet bekend wat daar

precies de oorzaak van is. Met de experimentbekostiging (met vrij tarief) per 2019 geef ik de mogelijkheid voor flexibelere en meer intensieve (en kortere) inzet van behandeling. Daarnaast ben ik met partijen in gesprek om voor 2020 te komen tot een passende bekostiging regionale coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf, zodat de beschikbare ruimte ook hiervoor benut kan worden.

Vraag 219

De uitgaven voor 2017 en 2018 (beschikbaarheidsbijdrage academische zorg) zijn € 4 miljoen hoger dan geraamd. Kunt u specificeren waar dit door komt?

Antwoord:

De verlening en vaststelling van de beschikbaarheidsbijdragen academische zorg door de NZa loopt niet helemaal synchroon met de begrotingscyclus van VWS, waarbij we ons voor de beschikbaarheidsbijdragen baseren op informatie van de NZa. Ik beschik niet over een eenduidige verklaring voor de overschrijding 2017 en 2018.

Vraag 220

Kunt u een overzicht geven van de spoedeisende hulpposten en Intensive Care (IC)-afdelingen van ziekenhuizen die in 2018 zijn gesloten? Welke spoedeisende hulpafdelingen gelden momenteel als gevoelig?

Antwoord:

Ik heb u op 28 juni 2018 de laatste Analyse gevoelige ziekenhuizen van het RIVM toegestuurd (Tweede Kamer 2017/2018, 29 247 nr. 260). Daarin staat een overzicht van alle afdelingen spoedeisende hulp die gevoelig zijn en niet mogen sluiten. De analyse bevat ook informatie over SEH's die in het afgelopen jaar zijn gesloten. De analyse bevat geen informatie over IC-afdelingen die zijn gesloten.

Het RIVM voert jaarlijks een landelijke analyse uit, waarbij de lijst met gevoelige ziekenhuizen wordt geactualiseerd. Voor het zomerreces ontvangt u de nieuwe Analyse gevoelige ziekenhuizen.

Vraag 221

Wat veroorzaakte de overschrijding van € 59 miljoen op de geneeskundige ggz? Is de verwachting dat dit bedrag nog oploopt? Wat zijn de redenen voor de toegenomen overschrijdingen in 2016 en 2017 van respectievelijk € 343 en € 310 miljoen? Wat gebeurt er met deze overschrijdingen?

Antwoord:

De overschrijdingen in 2016 en 2017 zijn respectievelijk € 343 miljoen en € 310 miljoen. De overschrijding hangt onder meer samen met substitutie naar de POH-ggz (onder het huisartsen-kader), een verschuiving naar de basis ggz, de achterblijvende intensivering van de ambulantisering en de scherpe inkoop van zorgverzekeraars.

Op basis van voorlopige realisatiecijfers vallen de uitgaven voor de ggz (totaal van beschikbaarheidsbijdrage, overgehevelde langdurige ggz en curatieve ggz) in 2018 € 59 miljoen lager uit dan begroot. De doorwerking van de toegenomen overschrijdingen over 2016 en 2017 bij de ggz kan de verklaring zijn voor de lagere uitgaven in 2018.

In het bestuurlijke akkoord ggz is afgesproken de in 2017 geconstateerde overschrijding (€ 300 miljoen) structureel te verwerken. Tevens is afgesproken dat een bedrag van € 50 miljoen van de onderuitputting in het ggz-kader beschikbaar blijft om nieuwe plannen te kunnen realiseren.

Vraag 222

Waarom is er niet voor gekozen om ook € 50 miljoen van de onderschrijving op de hulpmiddelen binnen het betreffende kader te laten? Kunt u hier een uitgebreide toelichting op geven?

Antwoord:

De bijstelling in het jaarverslag 2018 á € 57,2 miljoen betreft een bijstelling van het kader in 2018. Dit betreft geen structurele boeking. In die zin «zit het bedrag» na deze boeking nog in het kader. De budgettaire aanpassingen voor 2019 en verder worden in de 1^e suppletoire wet met betrekking tot de begroting 2019 weergegeven en toegelicht.

Vraag 223

Wat was de gemiddelde bijbetaling voor een hoortoestel de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Op basis van gegevens van het Zorginstituut komen de gemiddelde eigen bijdragen op:

	2013	2014	2015	2016	2017
Hoortoestellen niet gespecificeerd	€ 134	€ 152	€ 139	€ 101	€ 119
Hoortoestel in het oor gedragen	€ 11	€ 0	€ 2	€ 2	€ 3
Hoortoestel achter het oor gedragen	€ 91	€ 0	€ 0	€ 2	€ 5
Hoorbril	€ 174	€ 207	€ 265	€ 231	€ 252
Maskeerders ter behandeling van ernstig oorsuizen	€ 48	€ 17	€ 18	€ 34	€ 137
Oorstukjes	€ 0	€ 15	€ 6	€ 7	€ 5

Vraag 224

Wat heeft het beleid ten aanzien van de nieuwe bekostiging van hoortoestellen opgeleverd?

Antwoord:

Mijn aanname is dat u verwijst naar de wijziging van de aanspraak vanaf 2013. Die wijziging heeft opgeleverd dat de aanspraak van een maximumvergoeding (van € 506 per toestel) is verruimd naar een vergoeding van 75% voor een adequaat toestel voor iedereen. Daarnaast lag de eigen bijdrage in het oude systeem (gemiddeld € 600 per toestel) hoger dan de eigen bijdrage op dit moment (inschatting gemiddeld € 300, zie antwoord op vraag 223). Ook is er door alle betrokken partijen gezamenlijk een landelijk hoorprotocol ontwikkeld dat ervoor zorgt dat voor iedere slechthorende een passend hoortoestel kan worden geselecteerd dat binnen de 75% vergoeding van de zorgverzekering valt.

Het is overigens niet goed te doen om het directe financiële gevolg voor de uitgaven binnen de Zorgverzekeringswet aan de wijziging te relateren. Dit omdat «de markt» (type en ontwikkeling van producten, rol zorgverzekeraars, rol zorgaanbieders) niet stil staat. Op basis van data van het Zorginstituut is wel te zien dat de kosten per gebruiker in 2016 en 2017 (rond de € 850) op hetzelfde niveau ligt als in 2012.

Vraag 225

Kan duidelijker gespecificeerd en gekwantificeerd worden aan welke oorzaken de onderschrijving van € 218 miljoen op de wijkverpleging is toe te rekenen, mede gezien er ook in 2017 sprake was van onderschrijving?

Antwoord:

Op de wijkverpleging is een onderschrijving te zien van € 218 miljoen in 2018. Zoals ook in het jaarverslag is aangegeven liggen hier verschillende oorzaken aan ten grondslag. Zo wordt ca. € 80 miljoen verklaard doordat

zorgverzekeraars vanaf 2018 strenger controleren op in de Zvw gedeclareerde zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie. Deze kosten werden voorheen ten onrechte van de Zvw gedeclareerd en worden nu ten laste van de Wlz gebracht. Daarnaast werkt een deel van de onderuitputting in 2017 door naar 2018, omdat deze onderuitputting toen niet structureel is afgeroomd. Deze onderuitputting en het deel dat er in 2018 bij is gekomen kunnen meerdere oorzaken hebben. Zo kan er bijvoorbeeld scherper zijn ingekocht door zorgverzekeraars. Op basis van voorlopige gegevens van Vektis blijkt dat het gemiddeld aantal geleverde uren wijkverpleegkundige zorg in 2018 is gedaald ten opzichte van voorgaande jaren. Ook dit verklaart dus een deel van de onderuitputting in 2018. Op basis van de beschikbare gegevens heb ik geen meer specifieke verklaring dan deze.

Vraag 226

In hoeverre is de onderschrijding bij de wijkverpleging structureel, en in hoeverre is dit al dan niet reeds verwerkt in de meerjarenraming vanaf 2019?

Antwoord:

Ten tijde van het afsluiten van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019–2022 was de veronderstelde onderschrijding in 2018 ca. € 100 miljoen. Op basis hiervan is een meerjarenkader afgesproken in bestuurlijk akkoord wijkverpleging, waarin € 50 miljoen van de veronderstelde onderuitputting beschikbaar is gebleven voor het realiseren van de ambities in het akkoord. Op basis van de voorlopige realisatiecijfers blijkt de onderuitputting in 2018 echter hoger. Een groot deel van deze extra onderuitputting, namelijk € 80 miljoen, wordt verklaard doordat zorgverzekeraars vanaf 2018 strenger controleren op in de Zvw gedeclareerde zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie. Deze kosten werden voorheen ten onrechte van de Zvw gedeclareerd en worden nu ten laste van de Wlz gebracht. De overige onderuitputting wordt niet per definitie structureel verondersteld. De meerjarenreeks die in het bestuurlijk akkoord is afgesproken blijft leidend met het oog op de ambities in het akkoord.

Vraag 227

Waaraan is het conform hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging niet-afgeroomde deel van de onderschrijding bij de wijkverpleging uit 2017, besteed in 2018?

Antwoord:

Dit niet afgeroomde deel is met name voor de looptijd van het hoofdlijnenakkoord 2019 – 2022 beschikbaar gehouden voor de ambities van het akkoord. Deze € 50 miljoen maakte in 2018 ook al deel uit van het beschikbare budget. Op basis van de cijfers in het jaarverslag lijkt het erop dat deze middelen in 2018 niet zijn uitgegeven

Vraag 228

Welke samenhang is er tussen de onderschrijding van € 218 miljoen op de wijkverpleging en de levering van en wachtlijsten voor casemanagement dementie?

Antwoord:

De rapportage »Onderzoek naar het huidige gebruik, wachtlijsten en wachttijden casemanagement dementie« van onderzoeksbureau HHM, gepubliceerd op 28 augustus 2018, bevat een top 5 van oorzaken waarom geen gebruik wordt gemaakt van casemanagement dementie. Op basis van deze top 5 is het niet aannemelijk dat er samenhang bestaat tussen de onderschrijding op de wijkverpleging en de levering van en wachtlijsten voor casemanagement dementie. Zo zijn de twee belangrijkste oorzaken van het niet gebruik maken van casemanagement dementie:

onbekendheid over het bestaan van en geen behoefte hebben aan casemanagement dementie.

Vraag 229

Vloeit de onderschrijding op de wijkverpleging van circa € 218 miljoen weer terug naar de wijkverpleging? Zo neen, waarom niet?

Antwoord:

Deze onderuitputting vloeit niet terug naar de wijkverpleging. Het budgettair kader zoals deze wordt geraamd door VWS is beschikbaar voor uitgaven aan wijkverpleging. Dit hoeft echter niet per definitie te worden uitgegeven.

Vraag 230

Hoe hebben de levering van en wachtlijsten voor casemanagement dementie zich in 2018 ontwikkeld?

Antwoord:

Op 18 september 2018 heb ik uw Kamer in reactie op kamervragen geïnformeerd over de meest actuele stand van zaken omtrent levering en wachttijden voor casemanagement dementie (Aanhangsel Handelingen II 2018/19, nr. 31). Deze cijfers zijn gebaseerd op de rapportage »Onderzoek naar het huidig gebruik, wachtlijsten en wachttijden casemanagement dementie« van onderzoeksbureau HHM, gepubliceerd op 28 augustus 2018.

Per 1 december 2018 is de Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie van de NZa ingegaan, waarbij zorgaanbieders verplicht zijn wachttijden voor casemanagement dementie te rapporteren. Omdat deze regeling slechts één maand in 2018 van kracht is geweest, kan op basis hiervan geen beeld gegeven worden over de ontwikkeling in 2018.

Vraag 231

Bent u bereid te onderzoeken of de onderschrijding in de eerste lijn en de wijkverpleging het gevolg kan zijn van de structureel lage tarieven die door zorgverzekeraars gehanteerd worden?

Antwoord:

Ik zie geen rol voor mij bij een dergelijk onderzoek. Of het nu gaat om maximumtarieven of vrije tarieven, het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om samen tot prijsafspraken te komen. In sectoren waar voor een groot deel maximumtarieven worden gehanteerd, denk aan de huisartsenzorg en de mondzorg, heb ik geen signalen dat er ver onder het maximumtarief wordt gecontracteerd. Bij de sectoren waar voornamelijk vrije tarieven worden gehanteerd, zoals in de wijkverpleging via de experimentbesteding, is het niet aan mij om te bepalen wat een «laag» tarief is.

Vraag 232

Doordat een nieuwe systematiek van ramen en verantwoord en is ingevoerd bij de ambulancedienst, kan het Zorginstituut nog geen stabiel beeld van de uitgaven in deze sector geven; kunt u wel aangeven wat deze uitkomsten in 2018 betekenen in relatie tot de cijfers uit eerdere jaren?

Antwoord:

Nee, door de nieuwe systematiek van ramen en verantwoord kunnen ook geen conclusies worden getrokken over de vergelijking met eerdere jaren. Ik verwacht dat in de VWS-begroting 2020 wel inzicht kan worden gegeven in de uitgaven 2018.

Vraag 233

Wanneer kan wel inzicht gegeven worden in de uitgaven, gezien door een nieuwe systematiek van ramen en verantwoorden bij de ambulance-diensten, het Zorginstituut nog geen stabiel beeld van de uitgaven in deze sector kan geven? Informeert u de Kamer hierover? Zo neen, waarom niet?

Antwoord:

Naar verwachting kan in de VWS begroting 2020 inzicht worden gegeven in de uitgaven 2018.

Vraag 234

Vloeit de onderschrijding op opleidingen weer terug naar het reserveren van opleidingsplaatsen?

Antwoord:

Het budget voor de beschikbaarheidsbijdrage wordt gebaseerd op ramingen die het Capaciteitsorgaan opstelt voor het aantal benodigde opleidingsplaatsen. De in het Jaarverslag opgenomen bijstelling zorgt ervoor dat de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage beter aansluit op de daadwerkelijke kosten van die opleidingsplaatsen. Deze bijstelling heeft dus geen effect op het aantal opleidingsplaatsen, maar alleen op de financiële middelen die gereserveerd worden voor het financieren van deze opleidingsplaatsen. Het budget wordt zonodig opgehoogd als de capaciteitsramingen daartoe aanleiding geven.

Vraag 235

Waarom wordt standaard rekening gehouden met een onderuitputtingspercentage van 14% op de persoonsgebonden budgetten?

Antwoord:

Uit de realisatiecijfers over 2015, 2016 en 2017 is gebleken dat in deze jaren circa 14% van het pgb-subsidieplafond onbesteed is gebleven. Deze onderuitputting ontstaat door een tweetal oorzaken. Enerzijds worden door de zorgkantoren niet alle subsidiemiddelen die voor het PGB beschikbaar zijn omgezet in individuele beschikkingen. Anderzijds worden de toegekende budgetten door de budgethouders niet geheel besteed. De onderuitputting is dus het product van de onderbeschikking (door de zorgkantoren) en de onderbesteding (door de budgethouders). De verwachting is dat een dergelijke onderuitputting ook in 2018 zal optreden. Hiervoor hoeven op de begroting dus geen middelen gereserveerd te worden.

Vraag 236

Kunt u de extreme kosten geneesmiddelen (€ 16,9 miljoen) nader specificeren?

Antwoord:

De kosten voor geneesmiddelen worden vergoed op basis van een door de NZa vastgestelde prestatie. Onder deze prestatie wordt verstaan het leveren van geneesmiddelen noodzakelijk voor de zorg, onder medisch toezicht in en door de instelling waar de cliënt verblijft, zodra de werkelijke kosten per vier aaneengesloten weken voor een individuele cliënt hoger zijn dan het drempelbedrag van € 700,-. Ik heb geen inzicht in gespecificeerde kosten voor de beleidsregel.

Vraag 237

In de tabel met hierin de tarieven/facturaties wordt aangegeven: «door een forse toename van het aantal programma's die voor derden wordt uitgevoerd»; zou de omzet baten dan ook niet moeten toenemen?

Antwoord:

Uit de tabel met gegevens over ZonMW (op pagina 238 van het Jaarverslag) blijkt dat de baten zowel in 2016 als in 2017 inderdaad zijn toegenomen als gevolg van een toename van het aantal programma's van derden.

Vraag 238

De gegevens over 2018 zijn voor zowel het Centraal Administratie Kantoor (CAK) als de NZa niet beschikbaar; zijn deze wel van invloed op het jaarverslag van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in zijn geheel? Zo ja, welke invloed heeft dit? Kunt u dit nader toelichten?

Antwoord:

De in het Jaarverslag opgenomen gegevens met betrekking tot het CAK en de NZa (zie de pagina's 239 en 240) kunnen niet voor het jaar 2018 worden gepresenteerd omdat deze cijfers nog niet beschikbaar zijn. In het Jaarverslag 2018 zijn wel de over 2018 toegekende bedragen (bevoorschotting) aan het CAK en de NZa opgenomen (zie pagina 74 van het Jaarverslag). Na ontvangst van de jaarverslagen zullen de gegevens over 2018 in het Jaarverslag 2019 opgenomen worden.

Vraag 239

Kunt u het percentage van externe inhuur (9,9%) nader specificeren?

Antwoord:

Het percentage externe inhuur (9,9%) bestaat uit de externe inhuur van het kerndepartement en de externe inhuur van baten-lastendiensten (RIVM, CIBG en CBG). Het percentage externe inhuur kerndepartement is 7,2%, het percentage externe inhuur voor het CBG is 8,9%, het percentage externe inhuur CIBG is 24,4% en het percentage externe inhuur bij het RIVM is 11,4%. Dit totaal aan externe inhuur wordt afgezet tegen de kosten ambtelijk personeel (conform de rijksbrede definitie in de Rijksbegrotingsvoorschriften). Gezamenlijk leidt dit tot een percentage externe inhuur van 9,9%.