

Kamervragen Jaarverslag VWS 2024

Vraag 1

In hoeveel gemeenten is er nu minstens één speeltuin toegankelijk voor kinderen met een beperking?

Antwoord:

Het Samenspeelfonds geeft aan dat 186 gemeenten een inclusieve speeltuin hebben (dit is in 55% van alle gemeenten). Voor de tweede helft van 2025 is de verwachting dat dit met 30 extra gemeenten tot 63% zal stijgen.

Vraag 2

Wat gebeurt er met vrijgevallen middelen?

Antwoord:

Een deel van de begrote middelen wordt niet gerealiseerd (onderuitputting). Deze meevallers worden gebruikt om tegenvallers op te vangen. Indien er meer meevallers zijn dan tegenvallers, dan vloeien de middelen terug naar de Staatskas.

Voor meevallers in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geldt een afwijkende afspraak. In het voormalige hoofdlijnenakkoord is door het kabinet afgesproken dat een eventuele per saldo meevaller binnen de Zvw wordt ingezet om tegenvallers elders in de zorg en op de VWS-begroting te dekken. Een eventueel meevallend saldo wat vervolgens resteert wordt ingezet voor lastenverlichting via verlaging van de premies (de 'Zvw-meevallerregel').

Vraag 3

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

Antwoord: De onderbesteding in de wijkverpleging bedroeg in 2024 circa € 1.015 miljoen. Een loonsverhoging kost structureel geld en zal dus structureel moeten worden gedekt. Wanneer ervan uitgegaan wordt dat de onderbesteding volledig en structureel ingezet zou kunnen worden voor een salarisverhoging in de wijkverpleging, dan zou daarmee het salaris in de wijkverpleging verhoogd kunnen worden met circa 35%. Hierbij is uitgegaan dat circa 85% van de uitgaven aan wijkverpleging (in 2024 circa 3,4 miljard euro) betrekking heeft op loonkosten. De totale beloning voor bijvoorbeeld verpleegkundigen in de wijkverpleging zou daarmee op jaarbasis met circa 19 duizend euro stijgen, gebaseerd op het gemiddelde jaarinkomen van verpleegkundigen in de thuiszorg.

Daarbij wil de minister van VWS opmerken dat er geen aparte cao voor de wijkverpleging geldt, maar zij onderdeel uitmaken van de cao voor de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT). Sociale partners in de VVT zouden een aparte cao voor de wijkverpleging of aparte loonschalen voor de wijk moeten afspreken om alleen de salarissen in de wijkverpleging te kunnen verhogen.

Tot slot is het goed om te beseffen dat het overgrote deel van de onderuitputting (€ 875 miljoen) reeds structureel is verwerkt in de VWS-begroting 2025 en de eerste suppletoire op de VWS-begroting 2025. Hiermee konden diverse knelpunten worden gedekt, zoals de tegenvaller in de Wlz en de alternatieve invulling van de maatregel bij- en nascholing medisch-specialisten als gevolg van het amendement op de OCW-begroting. Deze middelen kunnen dus niet meer worden ingezet voor andere doeleinden, zoals het verhogen van de salarissen in de wijkverpleging. De bovenstaande berekening heeft daarom een puur hypothetische insteek.

Vraag 4

Welke effecten op de regionale zorginfrastructuur zijn zichtbaar na invoering van het Integraal Zorgakkoord? Ziet u voldoende effecten bij andere akkoorden?

Antwoord:

Om de zorg en ondersteuning nu én in de toekomst toegankelijk te houden, is met het Integraal Zorgakkoord (IZA) onder andere meer ingezet op de beweging naar samenwerking in de regio. Hier zijn de afgelopen jaren door zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders, zorgprofessionals, patiënten en inwoners aanzienlijke stappen in gezet. Partijen hebben gezamenlijke regiobeelden en regioplannen opgeleverd. De partijen doen dit vanuit samenwerkingsverbanden in de verschillende IZA-regio's.

Het RIVM brengt in kaart hoe deze samenwerkingsverbanden en andere domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) werken aan de transformatie van zorg naar gezondheid. Deze samenwerking binnen de regionale zorginfrastructuur heeft zich de afgelopen periode vooral gericht op visie, strategie en governance. De uitvoering van de regionale afspraken is gaande en moet leiden tot de daadwerkelijke inhoudelijk effecten zoals die voor de IZA-regio's zijn verwoord in de regioplannen.

Vraag 5

Is sinds het aantreden van dit kabinet tot nu toe volgens u consistent beleid gevoerd over het onderwerp pandemische paraatheid?

Antwoord:

Hoewel de middelen voor de maatregelen pandemische paraatheid de komende jaren worden afgebouwd, is het afgelopen jaar doorgewerkt aan de verdere uitwerking en implementatie van de maatregelen. Als er meer duidelijk is over een mogelijke alternatieve dekking zal uw kamer hierover geïnformeerd worden.

Vraag 6

Hoeveel vrouwen met klachten die (kunnen) wijzen op endometriose zijn in 2024 door de huisarts doorverwezen naar een specialist? Hoeveel waren dat er in de vijf jaar daarvoor, uitgesplitst per jaar?

Antwoord:

Zolang de diagnose endometriose nog niet gesteld is door de specialist is vaak niet exact bekend hoeveel vrouwen er doorverwezen worden. Endometriose en adenomyose zijn niet uit elkaar te halen met de huidige data. Endometriose kan een groot palet aan klachten geven: chronische pijn, hevige en pijnlijke menstruaties, darmklachten, mictieproblemen, ontstekingen, vruchtbaarheidsproblemen, miskramen etc. Het is dus moeilijk om een totaalbeeld te krijgen van de verwijzingen die gerelateerd zijn aan endometriose omdat dit niet altijd gelijk herkend wordt en vrouwen vaak naar andere specialismen worden gestuurd (gemiddeld wordt een vrouw door 5 tot 6 zorgverleners gezien) voordat de diagnose endometriose wordt gesteld.

In onderstaande tabel staan cijfers over endometriose die op CBS-Statline zijn te vinden, gebaseerd op de ICD-10 en over de jaren heen. Dit zijn dus alleen de ziekenhuisopnames (uitgesplitst naar soort opnamen). Omdat sommige vrouwen in één jaar ook twee of meer keer kunnen worden opgenomen vanwege endometriose, is daarnaast ook het aantal unieke patiënten gegeven. Deze tabel geeft geen inzicht in de diagnostische delay van gemiddeld 7-12 jaar.

		Totaal opname n	Klinische opname n	Dag- opnamen	Observaties
2015	Aantal opnamen	2860	1825	1015	20
	Aantal unieke patiënten	2710	1755	1000	20
2016	Aantal opnamen	2860	1915	925	20
	Aantal unieke patiënten	2720	1840	910	20
2017	Aantal opnamen	2695	1765	915	20
	Aantal unieke patiënten	2575	1705	905	15
2018	Aantal opnamen	2945	1840	1085	15

	Aantal unieke patiënten	2805	1765	1070	15
2019	Aantal opnamen	2920	1865	1040	10
	Aantal unieke patiënten	2800	1810	1025	10
2020	Aantal opnamen	2575	1540	1015	20
	Aantal unieke patiënten	2465	1495	1010	20
2021	Aantal opnamen	2530	1550	960	20
	Aantal unieke patiënten	2435	1520	950	20
2022	Aantal opnamen	3055	1790	1235	30
	Aantal unieke patiënten	2945	1750	1215	30
2023*	Aantal opnamen	3115	1780	1305	30
	Aantal unieke patiënten	2990	1730	1280	30

Bron: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84069NED/table?dl=C1921>

Vraag 7

Kunt u een overzicht geven van alle mogelijkheden tot modulair opleiden in het zorgdomein?

Antwoord:

Onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is de beschikbaarheidsbijdrage vanaf januari 2025 aangesloten bij het modulair en flexibel opleiden van de ziekenhuisopleidingen. Het betreft de verpleegkundige vervolgoopleidingen en opleidingen voor medisch ondersteunend personeel, waarvoor het veld in 2023 is begonnen met modulair opleiden. Dit maakt het mogelijk om naast volledige opleidingen, ook delen van opleidingen te volgen die relevant zijn voor de werksituatie, en om eenvoudiger over te stappen naar (aanverwante) specialisaties. Dit moet bijdragen aan beter behoud en snellere inzetbaarheid van personeel die met de veranderingen in de zorg mee kunnen bewegen.

Onder verantwoordelijkheid van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap zijn voor mbo-opleidingen Helpende Zorg en Welzijn, Verzorgende-IG en MBO-verpleegkundige diverse beroepsgerichte modules vastgesteld die afgerond kunnen worden met een wettelijk erkend mbo-certificaat. Bijvoorbeeld 'Ondersteunen bij wonen en voeding', 'Zorgplan ontwikkelen' en 'Verpleegtechnisch handelen'. Voor werkgevers biedt dit de mogelijkheid om een zij-instromer gericht te scholen. Steeds meer mbo-scholen bieden, in samenwerking met zorginstellingen, deze certificaattrajecten aan.

Ook zetten de minister en staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap in op diverse maatregelen voor flexibilisering van het mbo-, hbo- en wo-onderwijs waarvan de zorgsector kan profiteren. Zo worden voor het mbo mogelijkheden verkend voor een toegankelijker vrijstellingenbeleid voor de generieke onderdelen van mbo-opleidingen zoals Nederlands, rekenen en burgerschap (voor de diplomaroute) en wordt onderzocht wat nodig is om het gebruik van mbo-certificaten op te schalen.

Vraag 8

Hoe is de onderbesteding van 61,1 miljoen euro op het Groninger Zorgakkoord te verklaren en waar bestaat deze uit?

Antwoord:

De onderbesteding van € 61,1 miljoen is grotendeels te verklaren door vertraging bij nieuwbouwprojecten. Daardoor worden subsidieaanvragen voor deze projecten later ingediend dan waar eerder in de begroting rekening mee is gehouden. Er was reeds rekening gehouden met vertraging, wat heeft geleid tot een kasschuif €47,9 miljoen naar 2025 en 2026.

Vraag 9

Welk percentage specialisten werkt in loondienst? Neemt dit toe of af?

Antwoord:

Eind 2023 werkte 51% van de medisch specialisten in loondienst, daarnaast werkte nog 11% zowel in loondienst als zelfstandige (bron: CBS). Die percentages zijn sinds 2016 nagenoeg stabiel.

Vraag 10

Hoeveel bedraagt de onderuitputting op de begrotingen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

De VWS-begroting bestaat zowel uit begrotingsgefinancierde als premiegefinancierde uitgaven. In de onderstaande tabellen is de onderuitputting op de VWS-begroting in de afgelopen tien jaar opgenomen.

Tabel onderuitputting begrotingsgefinancierde uitgaven

Overzicht onderschrijdingen/onderuitputting begrotingsgefinancierde uitgaven (in miljarden euro's)									
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2	-0,3	0	-0,1	-0,4	-0,2

Tabel onderuitputting premiegefinancierde uitgaven

Overzicht onderschrijdingen/onderuitputting premiegefinancierde zorguitgaven (in miljarden euro's)									
2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
-0,6	-1,8	-2,6	-1,9	-1,4	-1,1	-0,3	-0,9	-1,9	-2,8

Bron: VWS-jaarverslagen 2015 t/m 2024

Vraag 11

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

Antwoord:

De doorlooptijden van de prijsonderhandelingen worden elk jaar gepresenteerd in de voortgangsbrief financiële arrangementen geneesmiddelen, de meest recente voortgangsbrief heeft de minister van VWS op 19 mei aan uw Kamer gestuurd.¹

In 2022, 2023 en 2024, was de gemiddelde doorlooptijd van een prijsonderhandeling voor intramurale geneesmiddelen respectievelijk 308, 253 en 169 dagen. De gemiddelde tijd voor de prijsonderhandeling is in 2023 en 2024 ten opzichte van het voorgaande jaar licht afgenomen. Voor de extramurale geneesmiddelen zijn alle jaren vanaf 2015 tot en met 2024 bij elkaar genomen voor het berekenen van de gemiddelde doorlooptijden van de prijsonderhandeling. Dit komt door het jaarlijks lage aantal extramurale geneesmiddelen waarvoor een prijsonderhandeling is geadviseerd door het Zorginstituut. De doorlooptijd van de prijsonderhandeling voor extramurale geneesmiddelen was gemiddeld 165 dagen.

De doorlooptijden van de prijsonderhandelingen zijn een gedeelde verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS en de leveranciers van de geneesmiddelen. Ik heb verschillende acties ondernomen om toegang tot nieuwe geneesmiddelen te versnellen en de doorlooptijden af te laten nemen. Zo blijf ik onder andere kritisch bekijken waar winst te behalen valt in het proces van prijsonderhandelingen met leveranciers.

¹ Zie Kamerstukken 29477, nr. 935

Doordat de prijzen van de geneesmiddelen op het moment van indiening van het vergoedingsdossier dusdanig hoog zijn, zou onmiddellijke pakketopname gepaard gaan met grote financiële risico's. Er worden door het Zorginstituut vaak hoge kortingen geadviseerd aan de minister, voordat een geneesmiddel vergoed kan worden uit het basispakket. Deze hoge prijzen en de daarom hoge geadviseerde kortingen zorgen in sommige gevallen voor moeizame en daardoor lange onderhandelingen.

Vraag 12

Kunt u een overzicht geven welke kasschuiven er zijn toegepast in 2024?

Antwoord:

De VWS-begroting bestaat zowel uit begrotingsgefinancierde als premiegefinancierde uitgaven. In de onderstaande tabellen zijn de kasschuiven in het VWS-jaarverslag 2024 opgenomen. Een min betekent een kasschuif uit het jaar 2024 naar een ander jaar. In veruit de meeste gevallen wordt budget doorgeschoven naar een later jaar.

Tabel kasschuiven begrotingsgefinancierde uitgaven

Overzicht kasschuiven begrotingsgefinancierde zorguitgaven VWS-jaarverslag 2024 (in miljoenen euro's)	
Omschrijving	2024
Kasschuif voorraad kritieke geneesmiddelen	2
Caribische hub (DuCaPHEN)	-1
Beveiligingsmaatregelen gebouw EMA	-1
Implementatie nieuw DMS (vervanging marjolein)	-1
Kasschuif amendement drost	-4
Kasschuif BOSA	23
Kasschuif Groninger zorgakkoord 2024-2026	-47
Kasschuif medicatieoverdracht	-1
Kasschuif medicatieoverdracht in de keten	-5
Kasschuif middelen passende zorg	-7
Kasschuif post covid	-12
Kasschuif SIT-regeling	-5
Kasschuif stimuleringsregeling wonen en zorg	-7
Kasschuif stimuleringsregeling zorggeschikte woningen	-40
Kasschuif topzorg en citrien	-3
Kasschuif uitvoeringskosten inkomensafhankelijke eigen bijdrage	-1
Kasschuif versterking basiszorg	-9
Kasschuif VIPP farmacie	-2
Kasschuif zorgbonus	-11
Medicatieoverdracht	-1
Organisatiegraad farmaceutische zorg	-2
Kasschuif standaardisatie gegevensuitwisseling	-41
Stimulering zorggeschikte woningen 24-26	-15
Verlenging subsidie gezondheidscentra Vlissingen	-1
Vertraging juridische processen dienst testen	-33
Eindtotaal	-226

Tabel kasschuiven premiegefinancierde uitgaven

Overzicht kasschuiven premiegefinancierde zorguitgaven VWS-jaarverslag 2024 (in miljoenen euro's)

Omschrijving	2024
Kasschuif transformatiemiddelen (H41 premie)	-400
Kasschuif standaardisatie gegevensuitwisseling (AP-middelen)	-232
Eindtotaal	-632

Bron: VWS-jaarverslag 2024

Vraag 13

Kunt aangeven hoe vaak een kasschuif is toegepast in 2024? Is er door de jaren heen een trend waarneembaar op het aantal kasschuiven en zo ja, welke? Het woord kasschuif komt 52 keer voor in het jaarverslag, kunt u overzichtelijk in een tabel weergeven waar het om gaat?

Antwoord:

In totaal zijn in 2024 27 kasschuiven toegepast, waarvan 25 op het begrotingsgefinancierde deel van de VWS-begroting en 2 binnen de premiegefinancierde zorguitgaven van VWS. De afgelopen jaren zijn dit er gemiddeld rond de 25 geweest. Er kan dus niet worden gesproken van een duidelijke trend in het aantal kasschuiven door de jaren heen. Een overzicht van kasschuiven is weergegeven in het antwoord op vraag 12.

Vraag 14

Wat zijn voor u de consequenties geweest dat fracties in 2024 bij de begroting handjeklap hebben gedaan met grote verschuivingen van geld tussen de ministeries, waardoor er bezuinigingen bij u waren?

Antwoord:

De onderhandelingen van de fracties in 2024 hebben betrekking gehad op de ontwerpbegroting voor het jaar 2025 en voor de jaren daarna. Dit heeft geen invloed gehad op de realisatie van de begroting van 2024 waarover in het voorliggende Jaarverslag verantwoording wordt afgelegd.

Met het amendement Bontenbal c.s. is onder andere een taakstelling op het apparaat van de VWS-begroting ingeboekt. Deze taakstelling bedraagt € 15,1 miljoen structureel. Er is door VWS gekozen, conform de mogelijkheid in het amendement, deze taakstelling in te vullen via een korting op de loon- en prijsbijstelling in plaats van invulling via het apparaatsbudget. Daarnaast is op de premiegefinancierde uitgaven een taakstelling van € 165 miljoen (bij- en nascholing msz) en € 150 miljoen euro (aanpakken beloningen medisch specialisten) structureel ingeboekt. De € 165 miljoen is alternatief ingevuld met een deel van de meevaller op de wijkverpleging (zoals eerder gecommuniceerd) en de structurele € 150 miljoen is ingeboekt op de post Nominaal en onverdeeld Zwv binnen de premiegefinancierde uitgaven.

Vraag 15

Waarom zijn de ontvangsten van het ministerie (1.129 miljoen euro) zo beperkt in verhouding tot de totale uitgaven (38.231 miljoen euro)? Worden hier structureel inkomsten gemist?

Antwoord:

De ontvangsten van het ministerie van VWS zijn er niet op gericht om de volledige uitgaven van het ministerie te financieren. De ontvangsten van het ministerie betreffen enkel zogenaamde 'niet-belastingontvangsten'. Deze zijn onderdeel van het uitgavenplafond en zijn specifiek van aard, zoals bijvoorbeeld de afrekening van eerder verstrekte subsidievoorschotten, ontvangsten in het kader van de aanpak van wanbetalers en onverzekerden of bestuurlijke boetes. De grootste ontvangstpost op de VWS-begroting is het totaal aan nabetalingen van verstrekte voorschotten van zorgtoeslag. In 2024 was dit € 667 miljoen.

Vraag 16

Wat is de verklaring voor de relatief lage realisatie van het artikel 'Sport en Bewegen' (479 miljoen euro), ondanks de ambitie om de sportdeelname te verhogen?

Antwoord:

Het demissionaire kabinet Rutte IV heeft in de Ontwerpbegroting 2024 een bedrag van € 437 miljoen opgenomen voor het uitvoeren van het sportbeleid. Gedurende 2024 zijn door het demissionaire kabinet Rutte IV en het nieuw aangetreden kabinet Schoof I budgettaire beslissingen genomen die hebben geleid tot een aangepaste begroting en uiteindelijke realisatie van circa € 479 miljoen op de sportbegroting. De realisatie is daarmee fors hoger geweest dan de oorspronkelijke raming.

Vraag 17

U verwacht dat verlaging van het eigen risico vanaf 2027 tot betere doorverwijzingen leidt; hoe wordt dit gemonitord?

Antwoord:

Het doel van het verlagen van het verplicht eigen risico naar € 165 is dat minder mensen om financiële redenen medische zorg uitstellen of hiervan afzien. Naar verwachting neemt hierdoor het zorggebruik toe. Het is niet het doel van de verlaging van het verplicht eigen risico om betere doorverwijzingen te realiseren. Door de verwachte hogere zorgvraag is het wel belangrijk om de inzet op triage van zorg te verbeteren.

Vraag 18

Hoe wordt geborgd dat bij het (opnieuw) vaststellen van volumennormen, het patiëntbelang en de kwaliteit van zorg vooropstaan?

Antwoord:

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt om samenwerking in netwerken te bevorderen door spreiding van laagcomplexiteit zorg en concentratie van hoogcomplexiteit zorg voor oncologische en vaatchirurgische interventies. Die afspraken zijn gemaakt om de best mogelijke zorg voor patiënten mogelijk te maken, maar ook om de zorg in de benen te houden - ook op de langere termijn. Deze beweging wordt door veldpartijen (FMS, NVZ, NFU, ZN, V&VN en de betreffende patiëntenorganisaties) zelf getrokken en kent een breed draagvlak, onder andere bij de betrokken patiëntenorganisaties.

Het Zorginstituut heeft voor de uitwerking van deze beweging Ronde Tafels (met de FMS, NVZ, NFU, ZN, V&VN, Harteraad, NFK, ACM, NZa en VWS) ingericht en heeft daarmee een uitgebreid en zorgvuldig proces doorlopen. Onderdeel van dit proces waren regionale en landelijke impactanalyses waarin aandachtspunten van patiënten, zorgaanbieders, zorgpersoneel en netwerken uit de regio naar boven zijn gekomen. Op 25 maart heeft besluitvorming plaatsgevonden en zijn de (volume)normen vastgesteld door de partijen aan de Ronde tafels, waaronder de betreffende patiëntenorganisaties. De komende maanden zullen de regio's op basis van de impactanalyses en de vastgestelde normen afspraken maken over samenwerking in netwerken en de herverdeling van zorg, waarbij zowel aandacht moet zijn voor spreiding als voor concentratie van zorg. Afgesproken is dat elke regio vóór de zomer een definitief herverdelingsscenario vaststelt. Hierbij is het belangrijk dat patiënten, zorgaanbieders, medisch specialisten, verpleegkundigen en de zorgverzekeraars betrokken zijn bij de besluitvorming in de regio en de afspraken steunen. Om te waarborgen dat dit zorgvuldig gebeurt zal de NZa, zodra de regio's herverdelingskeuzes hebben gemaakt, de publieke belangen monitoren.

Vraag 19

Welke concrete maatregelen worden genomen om de samenwerking te versterken tussen woningbouw, zorginstellingen en lokale overheden?

Antwoord:

In het kader van de regionale woondeals worden afspraken gemaakt tussen gemeenten, woningcorporaties, zorginstellingen en zorgkantoren. In het kader van deze afspraken zijn er vele regionale bijeenkomsten. Ook het Aanjaagteam Wonen, Welzijn en Zorg voor Ouderen zorgt ervoor

dat de samenwerking wordt versterkt door onder meer bijeenkomsten en webinars. Platform31 heeft handreiking gemaakt over onder meer het bouwen van geclusterde (zorggeschikte) woningen of het bieden van wonen met een plus in de bestaande bouw, waarin wordt ingegaan op deze samenwerking. Ook bij het Congres Thuis in de Wijk wordt uitgebreid stilgestaan bij het komen tot een goede samenwerking.

Vraag 20

Hoeveel zorggeschikte woningen van de beoogde 290.000 in 2030 zijn er tot nu toe gerealiseerd?

Antwoord:

Onderdeel van de opgave van 290.000 woningen tot en met 2030, zijn 40.000 zorggeschikte woningen. Van deze 40.000 zijn er 20.000 in het sociale segment. De minister van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening is druk bezig om de monitoring op te zetten om de planning en realisatie goed te kunnen volgen. Hierdoor kunnen we op dit moment nog niet zeggen hoeveel woningen er zijn gerealiseerd.

Wel is er beter zicht op de geplande bouw van zorggeschikte woningen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van verschillende bronnen:

- Voor de stimuleringsregeling Zorggeschikte woningen (SZGW) zijn in 2024 127 aanvragen gedaan voor in totaal 6.482 woningen.
- Corporaties hebben begin 2025 aangegeven plannen te hebben voor ongeveer 21.000 geclusterde- en zorggeschikte woningen tot en met 2029, waarvan 19.500 in het sociale segment.
- Uit de gegevens die door gemeenten zijn aangeleverd, komen plannen naar voren voor in totaal 186.000 woningen geschikt voor ouderen, voor de periode van 2024 tot en met 2034. Hiervan zijn er ongeveer 164.000 nultredenwoningen, ongeveer 11.000 geclusterde woningen en ongeveer 10.500 zorggeschikte woningen.

Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de overzichten nog niet volledig zijn en zodoende niet volledig betrouwbaar. Momenteel wordt gewerkt aan de verbetering van de data bij een volgende uitvraag. In het najaar zullen de ministers van VRO en VWS een verdere update geven van de ontwikkeling in de monitoring van deze gegevens.

Vraag 21

Hoe rijmt de herintroductie van verzorgingstehuizen met de resultaten van het onderzoek van de ANBO-PCOB waaruit is gebleken dat slechts een heel klein deel van de ouderen naar een verzorgingshuis zou willen verhuizen?

Antwoord:

De flitspeiling van ANBO-PCOB laat zien dat 7,5% van de ouderen een verhuizing naar een verzorgingshuis zou overwegen als ze geconfronteerd zouden worden met een sterk toegenomen zorgvraag. Hoewel dit een aanzienlijk lager percentage is dan voor andere woonvormen, kan dit om een aanzienlijk aantal gaan vanwege de grote aantallen ouderen. De behoefte naar de terugkeer van moderne verzorgingshuizen wordt op dit moment uitgevoerd door zowel de Raad van Ouderen en PWC. Het is aan een nieuw kabinet om in te gaan op de uitkomsten van dit onderzoek..

Vraag 22

Wanneer kunnen de resultaten van het onderzoek naar de herintroductie van verzorgingsstehuizen verwacht worden?

Antwoord:

Op dit moment wordt het onderzoek naar de terugkeer van moderne verzorgingshuizen uitgevoerd door PWC. Dit onderzoek gaat onder meer over de vraag naar de verzorgingshuizen en de

budgettaire gevolgen. Het is aan een nieuw kabinet om in te gaan op de uitkomsten van dit onderzoek.

Vraag 23

Wanneer verwacht u meer duidelijkheid te hebben over de impact van de volumenormen op de regio's?

Antwoord:

Het Zorginstituut heeft voor de uitwerking van de beweging naar spreiding en concentratie Ronde Tafels ingericht met de FMS, NVZ, NFU, ZN, V&VN, Harteraad, NFK, ACM, NZa en VWS. Om tot het vaststellen van (volume)normen te komen voor de geselecteerde oncologische en vaatchirurgische interventies is door de Ronde Tafels een uitgebreid en zorgvuldig proces doorlopen. Onderdeel van dit proces waren regionale en landelijke impactanalyses waarin aandachtspunten uit de regio naar boven zijn gekomen. De impactanalyses dienden ter ondersteuning van een zorgvuldige besluitvorming over de hogere normen én vormden de start van het gesprek over herverdeling van zorg in elke regio. Met deze analyses is systematisch in kaart gebracht in welke mate en op welke manier de volumenormen de patiënt en de betrokken zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgnetwerken raakt en is beoordeeld of deze impact maatschappelijk gezien acceptabel is.

De Ronde tafels hebben op basis van de impactanalyses afgewogen of er knelpunten zijn die mogelijk niet acceptabel en niet mitigeerbaar zijn. Op 25 maart heeft besluitvorming plaatsgevonden en zijn de (volume)normen vastgesteld door de partijen aan de Ronde tafels. Op de website van het Zorginstituut is een document geplaatst waarin de partijen aan de Ronde Tafels een beschrijving geven van het proces dat doorlopen is vanaf de opgave in het IZA tot aan het vaststellen van de (volume)normen voor specifieke oncologische en vaatchirurgische interventies, inclusief onderbouwing, de impactanalyse en de gemaakte afwegingen.²

Vraag 24

Welke van de 445 IZA-acties zijn in 2024 nog niet afgerond of in gang gezet? Waarom zijn deze acties nog niet in gang gezet?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de brief van 14 april jl. aan uw Kamer over de voortgangsrapportage (Kst. 31 7655, nr. 913) zijn in het laatste kwartaal van vorig jaar 23 acties uit het IZA afgerond. Sinds de ondertekening van het IZA zijn er in totaal 161 acties afgerond van de 445 acties totaal, en loopt het merendeel wat nog niet is afgerond op schema. De «voortgangsrapportage» in de bijlage van deze brief benoemt per thema de status van acties. Slechts 28 acties lopen achter ten opzichte van de voorgenomen tijdlijnen, dit aantal hebben we eind vorig jaar in positieve zin met tien acties weten te verminderen. Een beperkt aantal van 23 acties is nog niet gestart. Er zijn verschillende redenen waarom deze acties nog niet zijn gestart, bijvoorbeeld omdat uitvoering pas later in de tijd is afgesproken, of uitvoering afhankelijk is van andere overeengekomen afspraken, ook zijn er andere volgordeafhankelijkheden die maken dat deze acties (nog) niet van start zijn.

Vraag 25

In hoeverre zijn de 30 goedgekeurde transformatieplannen binnen het Integraal Zorgakkoord daadwerkelijk begonnen met de uitvoering? Wat is het bereik en de effectiviteit tot nu toe? Kunt u een opsomming geven per onderwerp?

Antwoord:

Voor alle plannen die zijn goedgekeurd zijn partijen gestart met de uitvoering van de plannen. Het is aan de zorgverzekeraars om te monitoren in hoeverre de gemaakte afspraken in de uitvoering worden gerealiseerd. Gedurende de gehele looptijd van het transformatieplan wordt gemonitord op onder meer het behalen van key performance indicatoren (KPI's) of de prestatie-indicatoren. De deelnemende (zorg)partijen geven aan wanneer zij een KPI hebben behaald en onderbouwen.

²<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2025/03/26/naar-passende-oncologische-en-vaatchirurgische-zorg>

Op peildatum 1 mei 2025 zijn 59 plannen goedgekeurd. Voor 33 plannen zijn er KPI's behaald. Op dit moment kan ik nog geen nadere uitspraken doen over de resultaten en de effectiviteit van de goedgekeurde plannen. Een opsomming per onderwerp kan ik hier dan ook nog niet op geven.

Vraag 26

Hoe worden de effecten van zorgcoördinatie op de wachttijden in de acute zorg gemeten per regio, en welke verschillen zijn zichtbaar?

Antwoord:

Op dit moment worden de effecten van zorgcoördinatie op wachttijden in de acute zorg nog niet systematisch per regio gemeten. Om hierin verbetering te brengen, is VWS voornemens een subsidie te verstrekken aan het Nivel voor het opzetten van een landelijk lerend zorgsysteem. Dit systeem omvat onder meer een monitor met indicatoren voor zorgcoördinatie. Het Nivel heeft hiervoor eerder al een set indicatoren ontwikkeld. Voorbeeld hiervan is de uitstroomtijd na triage, oftewel de tijd tussen het afronden van de triage en het moment waarop het daadwerkelijke zorgcontact start.

Met deze monitor kunnen straks ook regionale verschillen in beeld worden gebracht. De eerste resultaten worden begin 2026 verwacht. Uw Kamer wordt hierover te zijner tijd geïnformeerd.

Vraag 27

Hoe verliep de invoering van de laatste tranche van het 'meer tijd voor de patiënt' in de huisartsenzorg?

Antwoord:

De landelijke opschaling van 'meer tijd voor de patiënt' (MTVP) is afgerond. Vanaf het eerste kwartaal van 2024 kunnen alle huisartsenpraktijken die voldoen aan de in de landelijke leidraad MTVP afgesproken voorwaarden gebruik maken van MTVP. Tot en met 2024 kochten zorgverzekeraars MTVP in via 'segment 3' van de huisartsenbekostiging. Dit segment is bedoeld voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Per 1 januari 2025 heeft de NZa de bekostiging van de huisartsenzorg aangepast waardoor MTVP gefinancierd wordt via 'segment 1' van de bekostiging, dat de basisvoorziening voor de huisartsenzorg omvat. Daarmee is MTVP landelijk geïmplementeerd en structureel bekostigd. Dit is ook te zien aan de gerealiseerde uitgaven aan huisartsenzorg in 2024, waarbij zelfs een overschrijding van het budgettair kader te zien was.

Vraag 28

Hoeveel middelen zijn specifiek besteed aan de uitfasering van de fax en implementatie van digitale alternatieven? Wat zijn de meetbare voordelen tot nu toe?

Antwoord:

De fax is uitgefaseerd in het programma Faexit wat een samenwerking was van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) en Regionale Samenwerkingsorganisatie Nederland (RSO Nederland), met ZN als financier.

Digitale alternatieven worden uitgewerkt met de uitrol van de gehele Nationale Visie en Strategie op het Gezondheidsinformatiestelsel waar de minister – mede op verzoek van de Kamer – steeds meer regie op voert. Hiervoor wordt onder andere gewerkt aan verplichte digitale en gestandaardiseerde uitwisseling van gegevens voor gegevenssets vallend onder de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz), maar ook het Landelijk Dekkend Netwerk en Generieke Functies om die gegevens ook met juiste plek met juiste mandaat te kunnen krijgen. Dit alles draagt bij aan databeschikbaarheid, betere zorg en het verlagen van de administratie(last) van gegevens eerder gecommuniceerd door zorgverleners via fax. Het is daardoor meer dan een (aantal) specifieke oplossing(en) waar we middelen aan kunnen koppelen.

Het voordeel van de fax uitgefaseerd hebben is dat daarmee de uitwisseling van gegevens veiliger is geworden. Zowel op het vlak van cybersecurity als doordat overtypen niet meer hoeft, waardoor fouten konden ontstaan. Uit onderzoek van ZN bleek dat vóór de uitfasering nog zo'n 10 miljoen keer per jaar gebruik werd gemaakt van gegevensuitwisseling via de fax.

Vraag 29

Wanneer kan de Meerjarenagenda Wmo 2015 verwacht worden?

Antwoord:

De Meerjarenagenda beoogt gelijkgerichte acties ten aanzien van de verbetering van de uitvoering van de Wmo, die zich verhoudt tot de zorgakkoorden en het houdbaarheidsonderzoek Wmo 2015.

De eerste fase van de Meerjarenagenda is conform planning afgerond. Tijdens deze fase zijn thema's geïdentificeerd die vanuit verschillende perspectieven (inwoner, aanbieder, gemeenten en Rijk) belangrijk zijn om de Wmo uitvoerbaar en financieerbaar te houden. Wmo-aanbieders, cliëntenorganisaties en gemeenten werken aan een concrete vertaling van deze thema's naar acties.

Ondertussen zijn de afgelopen periode ook een Hoofdlijnenakkoord Ouderen en Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord ontwikkeld. Daarbij is het Houdbaarheidsonderzoek Wmo 2015 verder gevorderd. Dit heeft geleid tot dubblures op inhoud en proces met de Meerjarenagenda. In een bestuurlijk overleg tussen VWS en de partijen die deelnemen aan de Meerjarenagenda is daarom besloten om het huidige proces rondom de Meerjarenagenda te herzien. De waardevolle input die reeds is opgehaald, wordt betrokken bij de uitwerking van beleidsopties naar aanleiding van het Houdbaarheidsonderzoek Wmo 2015. De bij de Meerjarenagenda betrokken partijen zullen in dat kader ook geconsulteerd worden waar dat inhoudelijk bijdraagt. Op basis van de uitwerking van concrete acties door Wmo-aanbieders, cliëntenorganisaties en gemeenten, met als doel de huidige Wmo-uitvoeringspraktijk te verbeteren, bekijkt het Rijk of en welke inzet het daaraan aansluitend biedt, in opmaat naar eventuele structurele veranderingen in de Wmo die op basis van het Houdbaarheidsonderzoek mogelijk worden voorgesteld.

Vraag 30

Hoe wordt de beoogde bouw van 290.000 seniorenwoningen tot 2030 geborgd, en wat is het aandeel dat daadwerkelijk in 2024 is gerealiseerd?

Antwoord:

De borging van de 290.000 woningen voor ouderen tot en met 2030 loopt via de regionale woondeals. Hierin zijn afspraken gemaakt tussen gemeenten, woningcorporaties en zorgaanbieders over de bouw van deze woningen.

De minister van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening is druk bezig om de monitoring op te zetten om de planning en realisatie goed te kunnen volgen. De woningtypen voor ouderen zijn relatief nieuwe woontypen met specifieke kenmerken zoals ontmoetingsruimten of extra ruimte in de badkamer. Tot voor kort werden deze woningtypen niet apart uitgevraagd in de monitoring van de woningbouw. Sinds 2024 zijn de woningtypen voor ouderen toegevoegd aan verschillende monitoringsinstrumenten en beginnen we zicht te krijgen op planvorming en realisaties.

- Uit de gegevens die door gemeenten zijn aangeleverd, komen plannen naar voren voor in totaal 186.000 woningen geschikt voor ouderen, voor de periode van 2024 tot en met 2034. Hiervan zijn er ongeveer 164.000 nultredenwoningen, ongeveer 11.000 geclusterde woningen en ongeveer 10.500 zorggeschikte woningen.
- Corporaties hebben begin 2025 aangegeven plannen te hebben voor ongeveer 21.000 geclusterde- en zorggeschikte woningen tot en met 2029, waarvan 19.500 in het sociale segment.
- Voor de stimuleringsregeling Zorggeschikte woningen (SZGW) zijn in 2024 127 aanvragen gedaan voor in totaal 6.482 woningen.

Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de overzichten nog niet volledig zijn en zodoende niet volledig betrouwbaar. Momenteel wordt gewerkt aan de verbetering van de data bij een volgende uitvraag. In het najaar zullen de minister van VRO en VWS verdere update geven van de ontwikkeling in de monitoring van deze gegevens.

Vraag 31

Hoeveel kost het onderzoek naar herintroductie van verzorgingshuizen, en wat is de verwachte beleidsimpact ervan?

Antwoord:

De totale kosten van het onderzoek zijn 95.000 euro exclusief btw. De verwachte beleidsimpact is groot omdat het onderzoek een belangrijke “bouwsteen” vormt in de verdere beleidsontwikkeling rondom de herintroductie van verzorgingshuizen. Het onderzoek bepaalt mede of er behoefte is aan deze woonvorm en zo nodig hoeveel verzorgingshuizen er gebouwd moeten worden. Daarnaast worden de budgettaire gevolgen van de bouw in kaart gebracht, waarbij er bijvoorbeeld aandacht is voor de gevolgen voor de vraag naar ziekenhuiszorg. Ook wordt gekeken naar de arbeidsmarkteffecten van het moderne verzorgingshuis.

Vraag 32

Op welke wijze wordt de effectiviteit van de publiekscampagne ‘Leven tot het laatst’ gemeten in termen van bewustwording of gedragsverandering?

Antwoord:

In 2024 zijn op basis van een tweetal rapporten (interviews met mensen uit het veld en een Motivaction-onderzoek onder de doelgroep) doelstellingen voor de campagne ‘Leven tot het laatst’ geformuleerd. Deze doelstellingen zijn vooral gericht op kennis óver palliatieve zorg en het normaliseren van palliatieve zorg (houding). Het gaat dus om het bijstellen en vergroten van de kennis over palliatieve zorg in Nederland. Door te informeren over wat palliatieve zorg is en te inspireren met wat palliatieve zorg voor iemand kan betekenen. Via een campagne die aanzet tot nadenken. En door de focus te verleggen van dood en leed, naar wat er wél nog allemaal kan. Want palliatieve zorg gaat niet over de dood, maar over het leven. Over zolang mogelijk de dingen blijven doen die belangrijk voor je zijn. Palliatieve zorg zou vanzelfsprekend moeten zijn in de samenleving. De campagne is gericht op het inspireren tot een nieuwe kijk op zorg in de laatste levensfase: van medisch (levensverlenging) naar menselijk (kwaliteit van leven).

Op basis van de doelstellingen is een nul-meting en een één-meting opgesteld. Met als insteek het vergroten van kennis. Uit de resultaten van de nul-meting en de één-meting kwamen mooie resultaten op kennis, en ook voorzichtige eerste resultaten op de vragen over houding. Daar wordt dit jaar op verder gebouwd.

Voor 2025 wordt na de eerste zogenoemde ‘flight’ van de campagne in 2025 (eind juni) opnieuw een meting gedaan, een twee-meting. Na de tweede ‘flight’ in 2025 (in oktober) wordt een derde meting gedaan. Deze metingen zijn dus standaard ingepland (ook voor 2026) en vinden plaats na de ‘flights’ zodat trends kunnen worden gevolgd over de ‘flights’ heen. Op basis van de uitkomsten wordt de strategie en de content van de campagne aangescherpt.

Vraag 33

Hoe worden de op het vergroten van het werkplezier gerichte activiteiten geëvalueerd? Welke activiteiten waren het meest effectief en welke het minst?

Antwoord:

Momenteel werkt een extern onderzoeksbureau aan de periodieke rapportage arbeidsmarkt en opleidingen zorg en welzijn, waarin beleidsinstrumenten in de periode 2016 tot en met het kabinet Rutte IV worden geëvalueerd op doelmatigheid en doeltreffendheid. Het betreft ook activiteiten gericht op behoud en werkplezier, zoals Sterk in je werk, het Potentieel Pakken en verschillende activiteiten in de regio. Uw Kamer zal in het najaar geïnformeerd worden over de uitkomsten.

In het jaarverslag worden specifiek de volgende activiteiten genoemd: het Preventieplan, het vergroten van de meldings- en aangiftebereidheid in zorg en welzijn in het geval van agressie en de aanpak van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

om in 2025 te komen tot een handelingskader wanneer zorgprofessionals te maken krijgen met agressie.

Onderdeel van het Preventieplan is het opzetten van een monitor om de resultaten in beeld te brengen en te meten in hoeverre het verloop dan wel verzuim in de pilot-organisaties daadwerkelijk is beïnvloed. Er wordt op dit moment nog gewerkt aan het opzetten van deze monitor. Voor het vergroten van de meldings- en aangiftebereidheid zijn tien regionale bijeenkomsten gehouden om werkgevers in zorg en welzijn te informeren over het doen van aangifte en hen te inspireren met goede voorbeelden. De laatste bijeenkomst was in april van dit jaar. In het vierde kwartaal van 2024 is in de werknemersenquête (WNE) van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn (AZW) een vraag opgenomen over het doen van een melding of aangifte bij agressie. Deze vraag zal in de komende jaren herhaald worden. In de werkgeversenquête (WGE) van AZW zit al langer een vraag over het doen van aangifte. Op die manier wordt in beeld gebracht of er vaker een melding (WNE) of aangifte (WNE en WGE) wordt gedaan. De aanpak van de KNMG voorziet niet in een evaluatie. Wel bevat de WGE vragen waarmee kan worden gemonitord welke activiteiten werkgevers ondernemen in de aanpak van agressie.

Voor een deel van de activiteiten zijn dus nog geen data of geen datareeks beschikbaar. Los daarvan werken de activiteiten op zeer verschillende manieren door op het werkplezier van zorgmedewerkers en is het daarom niet mogelijk om een vergelijking te maken tussen de activiteiten.

Vraag 34

Hoeveel meldingen van agressie in de zorg waren er in het afgelopen vijf jaar, uitgesplitst per jaar? Kunt u hetzelfde overzicht geven voor het aantal aangiftes?

Antwoord:

Er zijn de minister van VWS geen cijfers bekend over het aantal meldingen of aangiftes van agressie in de zorg. Wel zijn er cijfers over het aandeel zorgmedewerkers dat in de periode van een jaar te maken krijgt met agressie. Dit is weergegeven in onderstaande tabel.

	Q4 2020	Q4 2021	Q4 2022	Q4 2023	Q4 2024
Wel te maken gehad met agressie	65%	64%	65%	62%	59%
Niet te maken gehad met agressie	35%	36%	35%	34%	37%
Onbekend	0%	0%	0%	4%	4%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Werknemersenquête Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn

Vraag 35

Hoe haalbaar acht u het dat de doelstelling om de administratietijd per eind 2025 te verminderen met twee uur per zorgmedewerker per week gehaald wordt? Welke maatregelen zijn tot nu toe genomen om die doelstelling te halen?

Antwoord:

De doelstelling is een gezamenlijke afspraak uit het IZA en wordt breed gedragen door alle betrokken partijen. De minister van VWS acht daarmee deze doelstelling haalbaar. De presentaties van zorgprofessionals op de Zorgtop van 2 juni maakt duidelijk dat er veel kansen en mogelijkheden zijn, en dat de vermindering van administratietijd bijdraagt aan werkplezier en vakmanschap.

Er zijn verschillende maatregelen ingezet die grofweg te verdelen zijn in een praktijk- en beleidsaanpak. In de praktijkaanpak speelt de Regiegroep Aanpak Regeldruk een centrale rol met een brede werkagenda met concrete acties om de administratietijd in alle zorgsectoren substantieel te verminderen en het vertrouwen als uitgangspunt te nemen. Om het hardnekkige vraagstuk van de administratieve lasten in de zorg te doorbreken werken zorgaanbieders, zorginkopers, beroepsorganisaties, toezichthouders en het ministerie van VWS samen aan deze

opgave. Een voorbeeld is de veldbevraging die nu wordt uitgevoerd met zorgteams uit de wijkverpleging, huisartsenzorg en GGZ. Deze stelt het vertrouwen in zorgverleners centraal door hen te vragen welke informatie zij minimaal willen vastleggen over de geleverde zorg voor de patiënt en de kwaliteit daarvan, die past binnen maximaal 20 procent administratietijd. Uw kamer ontvangt de uitkomsten van de veldbevraging deze zomer. Een andere maatregel is de start van het systeemoverleg om weerbarstige vraagstukken die voor veel administratie zorgen en niet binnen een sector zelf opgelost kunnen worden aan te pakken. Andere maatregelen uit de praktijkaanpak zijn de opschaling van goede voorbeelden en een communicatieplatform (ORDZ.nl).

Onder de beleidsaanpak vallen maatregelen op het voorkomen van nieuwe regeldruk, het dereguleren en vereenvoudigen van bestaande wet- en regelgeving en het voeren van gericht beleid, bijvoorbeeld voor de verdere digitalisering en de inzet van AI.

Vraag 36

Verwacht u geen enkel probleem door de opheffing van het handhavingsmoratorium op de Wet deregulering beoordeling arbeidsrelaties (Wet DBA)? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Tijdens het Commissiedebat van 19 december 2024, en in de brief van 17 december jl.³, heeft de minister van VWS reeds aangegeven dat het voldoen aan de wet- en regelgeving en de opheffing van het handhavingsmoratorium inspanning vergt en een spannend moment kan zijn voor werkgevers en werkenden. Voor de zorg is een belangrijk verwacht voordeel dat er een betere balans komt tussen medewerkers in loondienst en flexwerkers. Daarbij heeft de minister van VWS, samen met de minister van SZW, erkend dat het kan gebeuren dat er op bepaalde plekken (tijdelijk) gaten vallen doordat schijnzelfstandigen niet meer ingezet worden. Oftewel, er kan een tijdelijke spanning bestaan tussen zorgcontinuïteit en de bemensing op basis van de juiste arbeidsrelaties. Daarbij geldt voor 2025 een zachte landing. De Belastingdienst legt over 2025 geen boetes op en zal in principe eerst in gesprek gaan. Op deze wijze krijgen ondernemers de ruimte om het goed te doen en zich te houden aan de wet- en regelgeving. Werkgevers kunnen hun flexibele schil op andere wijze vormgeven, bijvoorbeeld door detachering en/of in de tussentijd meer medewerkers in loondienst proberen te nemen.

Vraag 37

Hoe is in 2024 gewerkt aan het realiseren van een betere balans tussen vast en flexibel personeel in de zorg? Heeft dit de zorgsector wat u betreft voldoende voorbereid op het opheffen van het handhavingsmoratorium op de kwalificatie van arbeidsrelaties voor de loonheffingen per 1 januari 2025?

Antwoord:

Zorgorganisaties pleiten al langer voor het doorbreken van de toename van het aantal zzp'ers in de zorg. Met het opheffen van het handhavingsmoratorium per 1 januari 2025 is een belangrijke stap gezet in het tegengaan van de schijnzelfstandigheid⁴. Op 14 november organiseerden het ministerie SZW en de Belastingdienst het Webinar "Voorkomen van Schijnzelfstandigheid". Alle relevante informatie is gebundeld op de website van de Rijksoverheid.

Ook is in 2024 ingezet op bewustwording rond het zzp-schap. Binnenkort wordt uw Kamer nader geïnformeerd over de eerste resultaten van het bewustwordingstraject. Verder is binnen de werkgroep 'Herstel balans vast-flex' (bestaande uit diverse brancheorganisaties, koepels (van zzp'ers en bemiddelingsbureaus) en Zorgverzekeraars Nederland) gewerkt aan een gedragscode voor bemiddelaars. Koepels van bemiddelaars zijn voornemens hun conceptgedragscode – na een test onder hun leden – toe te voegen als vereiste voor het lidmaatschap.

Vraag 38

Welke concrete maatregelen zijn genomen in 2024 om administratieve lasten voor zorgmedewerkers te verlagen, en wat is het daadwerkelijke effect op hun tijdsbesteding?

³ Zie hiervoor ook de brief van 17 december 2024, Kamerstukken 29 282, nr. 587.

⁴ Zie hiervoor ook de brief van 17 december 2024, Kamerstukken 29 282, nr. 587.

Antwoord:

Voor de effectmeting is het uitgangspunt om gebruik te maken van bestaande monitors en peilingen en geen nieuwe regeldruk te veroorzaken. Daarom wordt er voor de monitoring van de effecten van het programma data gebruikt van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). CBS-cijfers over 2024 laten een lichte daling van 0,2 procentpunt zien met een gemiddelde administratietijd over alle zorgsectoren van 30,8% (bron: CBS). Aanvullend uit deze CBS-monitoring blijkt dat meer werkgevers acties ondernemen om regeldruk te verminderen (+1,1 procentpunt naar 28,2), en regeldruk wordt ook minder vaak als reden voor toegenomen werkdruk genoemd (-4,2 procentpunt naar 68,4). Ook zijn er effectmetingen binnen specifieke projecten van zorgorganisaties. Daar zitten indrukwekkende resultaten bij met dalingen van de administratietijd tot 30 minuten per dienst. Die effecten en voorbeelden worden gedeeld via het communicatieplatform (ORDZ.nl).

Er zijn verschillende maatregelen ingezet die grofweg te verdelen zijn in een praktijk- en beleidsaanpak. In de praktijkaanpak speelt de Regiegroep Aanpak Regeldruk een centrale rol met een brede werkagenda en met concrete acties om de administratietijd in alle zorgsectoren substantieel te verminderen en het vertrouwen als uitgangspunt te nemen. Om het hardnekkige vraagstuk van de administratieve lasten in de zorg te doorbreken werken zorgaanbieders, zorginkopers, beroepsorganisaties, toezichthouders en het ministerie van VWS samen aan deze opgave. Een voorbeeld van deze acties is de veldbevraging die wordt uitgevoerd met zorgteams uit de wijkverpleging, huisartsenzorg en GGZ. Deze stelt het vertrouwen in zorgverleners centraal door hen te vragen welke informatie zij minimaal willen vastleggen over de geleverde zorg voor de patiënt en de kwaliteit daarvan, die past binnen maximaal 20 procent administratietijd. Uw kamer ontvangt de uitkomsten van de veldbevraging deze zomer. Andere maatregelen uit de praktijkaanpak zijn de opschaling van goede voorbeelden en een communicatieplatform (ORDZ.nl). Onder de beleidsaanpak vallen maatregelen op het voorkomen van nieuwe regeldruk, het dereguleren en vereenvoudigen van bestaande wet- en regelgeving en het voeren van gericht beleid, bijvoorbeeld voor de verdere digitalisering en de inzet van AI.

Vraag 39

Met het Preventieplan wordt gestreefd naar het vergroten van de meldings- en aangiftebereidheid in zorg en welzijn in het geval van agressie; hoe staat het hiermee? Zijn er al concrete resultaten behaald?

Antwoord:

Het Preventieplan streeft naar het verlagen van verzuim en ongewenst verloop in de sector. Om de meldings- en aangiftebereidheid te vergroten zijn er tien regionale bijeenkomsten gehouden voor werkgevers. Tijdens deze bijeenkomsten hebben zij informatie gekregen over het doen van aangifte. De laatste bijeenkomst is in april van dit jaar gehouden. Het is nog te vroeg om te kunnen zeggen of er concrete resultaten zijn behaald.

Vraag 40

Hoe verhouden de maatregelen gericht op het ontmoedigen van het gebruik van vapes onder jongeren zich tot de cijfers waaruit blijkt dat jongeren meer zijn gaan vaperen? Wat zegt dit over de effectiviteit van deze maatregelen?

Antwoord:

Het is nog te vroeg om iets te zeggen over de effectiviteit van de maatregelen. Het actieplan tegen vaperen is pas een paar maanden oud, en veel van de maatregelen moeten hun effect nog laten zien. Om het effect van het Actieplan tegen vaperen te monitoren gebruik ik de cijfers van het Peilstationsonderzoek en het HBSC-onderzoek, uitgevoerd door het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht.

Uit deze onderzoeken bleek dat in 2023 14,3 procent van de scholieren (12 t/m 16 jaar) in de laatste maand een vape hadden gebruikt. In 2025 moet dit gedaald zijn naar 12 procent en in 2027, moet dit zijn teruggebracht naar maximaal 10 procent. Wel zijn de eerste signalen van het effect van het smaakjesverbod positief. Het lijkt erop dat het smaakjesverbod op e-sigaretten (vapes) effect heeft op het gebruik ervan.^[1] Dat blijkt uit een evaluatie door het RIVM. Zo geeft 40 procent

^[1]^[1] <https://www.rivm.nl/nieuws/twee-op-vijf-vermindert-gebruik-e-sigaretten-na-invoering-smaakjesverbod>. Geraadpleegd op 2 juni 2025.

van de deelnemers aan het gebruik van e-sigaretten vanwege het verbod in 2024 te hebben verminderd. Daarnaast zegt 22 procent door het smaakjesverbod daadwerkelijk met vaperen te zijn gestopt.

Vraag 41

Wat zijn uw verwachtingen van het anti-vapeplan op de cijfers van vappende jongeren?

Antwoord:

Met de maatregelen uit het Actieplan tegen vaperen heb ik heldere doelen gesteld. In 2025 moet het aandeel jongeren tussen de 12 en 16 die in de laatste maand heeft vapede gebruikt gedaald zijn naar 12 procent en in 2027, moet dit zijn teruggebracht naar maximaal 10 procent. Ik monitor dit met de cijfers van het Peilstationsonderzoek en het HBSC-onderzoek, uitgevoerd door het Trimbos-instituut en de Universiteit Utrecht.

Vraag 42

Zijn er meetbare effecten van genoemde campagnes om alcoholgebruik te normeren? Zo ja, kunt u aangeven welke?

Antwoord:

Met het Nationaal Preventie Akkoord (NPA) heeft VWS verschillende campagnes van gezondheidsorganisaties ondersteund om het bewustzijn van de schadelijke effecten van alcohol en het eigen drinkgedrag te vergroten. Deze campagnes, die ook in 2024 zijn uitgevoerd, hebben bijgedragen aan het kennisniveau over de schadelijkheid van alcoholgebruik en het veranderen van de sociale norm rond alcoholgebruik.

- De campagne 'Proost op je Gezondheid?' heeft ertoe geleid dat mensen meer weten over het effect van alcohol op kanker en dat dit meespeelt in de keuze om wel of niet te drinken.⁵ De Kennismonitor laat zien dat het aantal Nederlanders dat weet dat alcohol de kans op kanker vergroot tussen 2022 en 2024 is gestegen van 32% naar 41%.⁶
- De campagne Dry Januari/Ik Pas stimuleert mensen om hun drinkgedrag op pauze te zetten om te ervaren wat dit met hun lichaam doet. De campagne-evaluatie laat zien dat mensen die meedoen en hun drinkgedrag op pauze zetten, na afloop ook minder drinken dan ervoor.⁷
- Zien Drinken Doet Drinken heeft als doel om ervoor te zorgen dat ouders meer bewustzijn van hun voorbeeldgedrag.⁸ Ouders die de campagne gezien hebben, scoren na afloop positief op kennis, houding, intentie en gedrag.⁹

Voor wat betreft het drinkgedrag zien we dat er de afgelopen jaren sprake is van een lichte daling van het overmatig en zwaar drinken.¹⁰ Het is niet onderzocht of en in welke mate voornoemde campagnes hier direct aan hebben bijgedragen. Het Trimbos-instituut is gevraagd deze cijfers over het dalende alcoholgebruik te duiden.

Daarnaast heeft de staatssecretaris ingezet op de meerjarige NIX18-campagne die loopt sinds 2014 en gericht is op het versterken van de sociale norm dat jongeren onder de 18 jaar geen alcohol drinken. De focus van de vorige campagne lag op de rol van ouders in het voorkomen dat hun kinderen onder de 18 jaar alcohol drinken. Deze campagne heeft verschillende effecten gehad. Zo vonden bijvoorbeeld meer ouders dat jongeren onder de 18 geen alcohol horen te drinken, hadden ouders vaker het vertrouwen dat het hen lukt hierover afspraken te maken met hun kinderen en vonden ouders het ook belangrijker om afspraken te maken.¹¹ Daarnaast zien we over de afgelopen jaren (2021 – 2023) dat ook het aantal scholieren van 12 t/m 16 jaar dat ooit en in de laatste

⁵ Gezonde Generatie (2024, 1 oktober). Vervolg kenniscampagne 'Op je gezondheid?' De Gezonde Generatie. <https://www.gezondegeneratie.nl/nieuws/vervolg-kenniscampagne-op-je-gezondheid/>.

⁶ Oostenbach, K., Tuithof, M., & Voogt, C. (2024). Kennismonitor Alcohol 2024: Kennis over de gevolgen van alcoholgebruik onder volwassenen in Nederland (3e editie). Trimbos-instituut.

⁷ Bovens, R.H.L.M., Mathijssen, J.J.P. & van de Mheen, H. (2022). Tranzo, Wetenschappelijk Centrum Zorg en Welzijn van Tilburg University

⁸ Alliantie Alcoholbeleid Nederland (2025, juni 2). Campagne - Zien Drinken, Doet Drinken. <https://ziendrinkendoetdrinken.nl/campagne/>

⁹ Hendriks, H. (2024). Evaluatie campagne ZDDD. Radboud Universiteit.

¹⁰ Expertisecentrum Alcohol van het Trimbos-instituut (2025).

¹¹ [Campagne-effectonderzoek NIX18 \(voorjaar 2023\)](#)

maand alcohol heeft gedronken is gedaald.¹² Besloten is om in 2024 de NIX18 campagne opnieuw te herijken zodat ook komende periode effect verwacht mag worden van deze campagne en om de norm te versterken dat jongeren onder de 18 jaar geen alcohol drinken.

Vraag 43

Per 1 januari 2024 is voor e-sigaretten een verbod op smaken anders dan tabak van kracht; kunt u cijfermatig aangeven of de illegale handel in deze producten sinds die tijd is gestegen of gedaald?

Antwoord:

Op dit moment zijn er geen wetenschappelijk betrouwbare cijfers van de omvang van de illegale handel in vapes. Ik wil hier zicht op krijgen met een onderzoek over illegale handel van vapes, uitgevoerd door Bureau Beke. Het onderzoek moet eind dit jaar afgerond zijn. Wanneer het onderzoek voltooid is, zal ik de uitkomsten delen met uw Kamer.

Vraag 44

Hoe wordt toezicht gehouden op het nieuwe verkoopverbod van rookwaren in supermarkten en avondwinkels, en welke eerste nalevingscijfers zijn bekend?

Antwoord:

De NVWA houdt toezicht op de naleving van het verkoopverbod voor tabaks- en aanverwante producten. De NVWA bezoekt supermarkten en horeca onder andere op basis van ontvangen meldingen. Van juli tot en met december 2024 zijn 363 supermarkten en horecagelegenheden geïnspecteerd. Bij 21% van deze inspecties werd een overtreding geconstateerd, waarbij is opgetreden met een officiële waarschuwing. Veertig van deze bedrijven zijn onderworpen aan een herinspectie. Bij deze herinspecties bleek dat bij 73% van de bedrijven geen sprake meer was van de overtreding. Bij de resterende zaken is een boete opgelegd. De naleving was het laagst bij avondwinkels en kleine supermarkten en het hoogst in grote supermarkten en de horeca. De uitgebreide factsheet met de inspectieresultaten verkoopverboden 2024 zal nog voor het zomerreces naar de Tweede Kamer gestuurd worden.

Vraag 45

Hoe wordt de effectiviteit van campagnes zoals 'Dry January/lkPas' en 'Zien drinken doet drinken' beoordeeld, en hoe worden gedragsveranderingen gemeten?

Antwoord:

De voornoemde campagnes worden positief beoordeeld en hebben verschillende effecten gehad, met name op kennis- en attitudeniveau, zie ook het antwoord op vraag 42.

Vraag 46

Welke indicatoren hanteert u om te bepalen of het 'verkleinen van gezondheidsachterstanden' met het programma Kansrijke Start daadwerkelijk lukt?

Antwoord:

Het RIVM monitort sinds 2019 de invoering van het actieprogramma Kansrijke Start en de hierbij behorende activiteiten aan de hand van een indicatorenset. Deze indicatorenset is in 2024 herzien en bestaat inmiddels uit 18 indicatoren, vastgesteld met een panel van experts uit praktijk, wetenschap en beleid. Onderdeel van deze set zijn onder andere indicatoren die betrekking hebben op geboorte uitkomsten, zoals een laag geboortegewicht en vroeggeboorte.

Deze kunnen van invloed zijn op de ontwikkeling, groei en gezondheid van kinderen op latere leeftijd. Met de indicatorenset wordt inzicht verkregen in hoeverre de doelstellingen van het programma ook daadwerkelijk gerealiseerd worden.

Tegelijkertijd is het zeer waarschijnlijk dat ook andere beleidsmaatregelen, bijvoorbeeld in de geboortezorg of rondom bestaanszekerheid, effect hebben op deze indicatoren. Het is niet mogelijk

¹² Expertisecentrum Alcohol van het Trimbos-instituut (2024).

om de eventuele effecten van de maatregelen uit Kansrijke Start en de effecten die voortkomen uit andere beleidsmaatregelen te onderscheiden. Een causale relatie tussen het actieprogramma en eventuele verbeteringen op indicatoren is daarmee niet vast te stellen. Het RIVM rapporteert elk jaar de voortgang van het landelijk actieprogramma Kansrijke Start. De volgende rapportage wordt begin juli 2025 verwacht.

We weten vanuit verschillende onderzoeken dat de gezondheid van een kind bij de geboorte bepalend is voor de kansen, welzijn en gezondheid van dat kind later in het leven. Zo heeft Nobelprijswinnaar James Heckman in de Verenigde Staten laten zien dat interventies in het jonge leven de grootste winst opleveren op economisch vlak (*'return on investment'*): met relatief weinig investering kunnen grote lange-termijn verbeteringen in gezondheid en gelijkheid worden behaald en kosten worden bespaard.¹³

In aanvulling op de monitor Kansrijke Start ben ik voornemens om het RIVM opdracht te geven voor een aanvullend onderzoek naar de relatie tussen zorggebruik en zorguitgaven van zwangeren en hun kinderen in een kwetsbare situatie. Ook ben ik in gesprek met het Strategisch Publiek Privaat Partnership Kansrijke Start over het ontwikkelen van een Nederlands Heckman model. Met behulp van dit model worden de effecten van vroege interventies op de lange termijn geanalyseerd en uitgedrukt in economische en gezondheidswaarde. Hiermee kunnen we wellicht op termijn ook iets zeggen over het effect van het investeren in vroege interventies op het verkleinen van gezondheidsachterstanden in Nederland.

Vraag 47

Wat kunt u zeggen over het effect van de Nutri-Score campagne van april 2024?

Antwoord:

2024 was het invoeringsjaar van Nutri-Score en heeft de publiekscampagne 'Kijk, vergelijk en kies', gelopen. Uit het campagne-effectonderzoek blijkt dat de campagne effectief is geweest in het bekendmaken van Nutri-Score, uitleggen hoe het logo werkt en het stimuleren van gebruik bij aankopen. Meer consumenten weten waar Nutri-Score voor staat en hoe ze het logo moeten gebruiken (score voor campagne: 72%, na de campagne 80%), meer consumenten vinden het Nutri-Score logo een nuttig label (52% vs. 59%) en dat helpt om betere keuzes te maken tussen dezelfde soort producten bij het doen van boodschappen (44% vs. 52%)¹⁴.

Vraag 48

Waarom wordt de ketenaanpak nog niet overal goed uitgevoerd? Er wordt aangegeven dat dit te maken heeft met samenwerkingsafspraken tussen medisch en sociaal domein en het uitvoeren van de beoordeling door de huisarts bij hoogrisicogroepen, kunt u dit nader toelichten?

Antwoord:

Veel gemeenten zijn bezig om de valpreventieketen volledig in te richten en te implementeren. Omdat hier verschillende partijen uit verschillende domeinen (medisch en sociaal en sport) bij betrokken zijn, kost dit veel tijd. Er worden diverse belemmeringen ervaren, waaronder de uitvoering van de valrisicobeoordeling door de huisarts bij hoogrisicogroepen. In het antwoord op vraag 51 geef ik nog andere belemmeringen weer. Het Zorginstituut heeft geduid dat het uitvoeren van een valrisicobeoordeling 'geneeskundige zorg is zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden'. De LHV ziet de valrisicobeoordeling voor huisartsen als extra aanbod en vindt dat paramedici prima in staat zijn om deze beoordeling te doen. Volgens de duiding mogen paramedici dit echter niet eigenstandig doen. Veel huisartsen volgen hierin het standpunt van de LHV, wat betekent dat er in een deel van het land geen bereidheid is tot het doen van valrisicobeoordelingen, en deze route in de keten hier spaak loopt. Ik probeer om samen met de GALA-partijen, o.a. door middel van het delen van goede voorbeelden, huisartsen ertoe te bewegen om deze beoordelingen toch te gaan uitvoeren, zodat de gehele keten kan doorstromen.

¹³ The Heckman Equation. (2023, 11 april). *The Heckman equation - the Heckman equation*. <https://heckmanequation.org/the-heckman-equation/Heckman>

¹⁴ [Campagne-effectonderzoek Nutri-Score | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

Vraag 49

Hoe vaak is www.testjevalrisico.nl bezocht sinds de lancering? Is dit het aantal wat was verwacht? Zo nee, wat gaat u doen om het bereik te vergroten?

Antwoord:

Sinds de lancering is deze website 71.221 keer bezocht, door 19.436 unieke gebruikers. In totaal zijn 16.290 tests voltooid. Ik ben tevreden met deze cijfers. Vrijwel alle gemeenten zijn onlangs pas begonnen met het implementeren van de keten en de verwachting is dat steeds meer ouderen deze website gaan bezoeken. Er worden gedurende het jaar diverse bijeenkomsten georganiseerd, door o.a. ouderenbonden, gemeenten en sportorganisaties om aandacht te vragen voor het invullen van de valrisicotest via deze website. Eind september start de valpreventieweek, waarvoor een groot aantal activiteiten is opgetuigd - onder andere een landelijke campagne - om aandacht te genereren voor valpreventie. Hierbij is de zogenaamde 'oproep tot actie' om naar deze website te gaan. Daarnaast heb ik een communicatietoolkit gemaakt en dit jaar geüpdate met marketingmateriaal voor gemeenten. Dit materiaal kunnen zij zelf gebruiken voor hun websites en andere communicatie-uitingen om ouderen aan te zetten om de test te doen. Er wordt tevens ingezet op het bereiken van multiculturele doelgroepen, door bijvoorbeeld een samenwerking met Stichting Ocan en SOM.nl.

Vraag 50

Wat zijn de eerste uitkomsten van het onderzoek naar een belasting op suikerhoudende dranken, en wat is de verwachte impact op consumptiegedrag?

Antwoord:

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het RIVM in 2023¹⁵ berekend wat het verwachte effect is van een gedifferentieerde verbruiksbelasting op de verkoop van (suiker via) alcoholvrije dranken in 2025. Het RIVM heeft berekend dat een gedifferentieerde verbruiksbelasting in Nederland in 2025 zou hebben geleid tot een afname van 11 tot 14 procent (244 tot 323 miljoen liter) in de verkoop van alcoholvrije dranken. Door een gedifferentieerde verbruiksbelasting kopen mensen 15 tot 18 procent (18 tot 21 miljoen kilogram) minder suiker via alcoholvrije dranken.

Vraag 51

Hoeveel gemeenten hebben daadwerkelijk een volledige ketenaanpak valpreventie geïmplementeerd, en welke belemmeringen worden het meest genoemd?

Antwoord:

Op dit moment heb ik geen actuele cijfers over gemeenten die de ketenaanpak wel of niet volledig hebben geïmplementeerd.

Het RIVM brengt elk jaar het proces, de voortgang en de resultaten van de ketenaanpak Valpreventie in kaart. De laatste monitorcijfers van het RIVM gaan over 2023 en het eerste deel van 2024. 271 gemeenten gaven toen aan een begin te hebben gemaakt met de implementatie van de ketenaanpak.

Voor de zomer komt het RIVM met een nieuwe monitor GALA, waarin een paar recentere cijfers over afspraken in gemeenten over valpreventie worden weergegeven. Eind oktober dit jaar volgt weer de specifieke valpreventiemonitor met uitgebreidere informatie.

Het implementeren van een volledige ketenaanpak gaat gepaard met de nodige uitdagingen. Een van de belemmeringen is het bereiken van de kwetsbare oudere, die niet makkelijk vindbaar is en bijvoorbeeld niet naar vitaliteitsdagen komt. Een andere belemmering is het maken van afspraken met huisartsen voor het uitvoeren van een valrisicobeoordeling bij ouderen met een hoog risico. Tot slot blijkt het ook lastig om ouderen, na een beweeginterventie, aan structureel aanbod van sportactiviteiten mee te laten doen. Samen met het veld, waaronder gemeenten en zorgverzekeraars, werken we aan het oplossen van deze belemmeringen.

Vraag 52

Welke gemeenten hebben nog geen volledige valpreventie-keten opgezet, en welke ondersteuning wordt geboden om dit alsnog te realiseren?

¹⁵ Kamerstukken II 2022/23, 31532, nr. 283.

Antwoord:

Op dit moment heb ik geen actuele cijfers, maar ik weet dat veel gemeenten bezig zijn om deze keten volledig in te richten en te implementeren. Omdat hier verschillende partijen uit verschillende domeinen (medisch en sociaal en sport) bij betrokken zijn, kost dit veel tijd.

Er wordt op vele manieren ondersteuning geboden aan gemeenten om de keten goed te implementeren. Ik noem hierbij een aantal voorbeelden. Veiligheid.nl heeft een uitgebreide websites met alle up-to-date informatie en voorbeelden over valpreventie en de mogelijkheid tot het volgen van webinars. Daarnaast is door het RIVM en GGD GHOR een expertpool valpreventie ingericht voor advies op maat en is er een leernetwerk valpreventie van GGD'en. Het RIVM ondersteunt ook, o.a. met het Loket Gezond Leven. De preferente zorgverzekeraars werken in de regio veelal als trekker van de hoogrisicoroute. Met het Sportakkoord II werk ik aan meer beweging voor ouderen en inzet van buurtsportcoaches. Tot slot noem ik nog de communicatietoolkit die vanuit het ministerie van VWS wordt verspreid, waarmee gemeenten gratis gebruik kunnen maken van marketingmateriaal voor hun eigen valpreventie-uitingen.

Vraag 53

Hoeveel mensen maken daadwerkelijk gebruik van de valrisico test via testjevalrisico.nl, en hoe worden deze data ingezet in beleid?

Antwoord:

Sinds de lancering is deze website 71.221 keer bezocht, door 19.436 unieke gebruikers. In totaal zijn 16.290 tests voltooid. Ik ben tevreden met deze cijfers. Vrijwel alle gemeenten zijn onlangs pas begonnen met het implementeren van de keten en de verwachting is dat steeds meer ouderen deze website gaan bezoeken. Op 26 mei jl. is de vernieuwde versie van de online Valrisicotest gelanceerd, op basis van feedback uit een doelgroeponderzoek onder senioren. De pagina met testuitslag is nu meer op maat ingericht, en er zijn lay-out veranderingen gedaan om de test aantrekkelijker en duidelijker te maken.

Samen met de VNG en Veiligheid.nl werk ik daarnaast aan het koppelen van de test en het lokaal aanbod aan interventies en sportactiviteiten voor ouderen, zodat ouderen op basis van hun testuitslag direct weten waar ze terecht kunnen voor de volgende stap in de keten.

Vraag 54

In hoeverre heeft de introductie van Nutri-Score op verpakkingen geleid tot verandering in koopgedrag of gezondere keuzes bij consumenten?

Antwoord:

Momenteel is dat nog niet bekend. In de brief¹⁶ van 25 april 2023 over de invoering van Nutri-Score is toegezegd om het gebruik van Nutri-Score te gaan monitoren. Het RIVM gaat deze monitoring doen. Het uitbrengen van de eerste monitor stond gepland voor 2025 over de producten van 2024. Het RIVM maakt hiervoor gebruik van databases. Voldoende datakwaliteit is belangrijk voor het opleveren van valide en betrouwbare monitoringsresultaten. De verwachting is dat begin 2026 de database een actuele weergave geeft van Nutri-Score op de verpakking. Daarom zal de eerste monitor halverwege 2026 uitgebracht worden.

Vraag 55

Wanneer kunnen de resultaten van het onderzoek naar oorzaken voor het dalend condoomgebruik verwacht worden?

Antwoord:

Het RIVM en Soa Aids Nederland doen onderzoek naar effectieve interventies voor het stimuleren van condoomgebruik. De resultaten van het onderzoek verwacht ik in oktober 2025.

Vraag 56

Hoe vaak komt het woord pandemische paraatheid voor in het jaarverslag?

Antwoord:

De term pandemische paraatheid komt 28 keer voor in het jaarverslag.

¹⁶ Kamerstukken II 2022/23, 31 532, nr. 691.

Vraag 57

Is er volgens u in 2024 consistent beleid gevoerd op pandemische paraatheid?

Antwoord:

Hoewel de middelen voor de maatregelen pandemische paraatheid de komende jaren op grond van het Hoofdlijnenakkoord worden afgebouwd, is het afgelopen jaar doorgewerkt aan de verdere uitwerking en implementatie van de maatregelen. Als er meer duidelijk is over een mogelijke alternatieve dekking zal uw Kamer hierover geïnformeerd worden.

Vraag 58

Zijn de doelen in Nederland en in het Nederlands buitenlandbeleid behaald betreffende pandemische paraatheid?

Antwoord:

Op 6 juni 2024 heeft uw Kamer het tussentijdse evaluatierapport Pandemische paraatheid ontvangen. Hierin wordt gesteld dat het beleidsprogramma voortvarend van start is gegaan en dat de voortgang wisselend is per (sub)beleidsopgave.

Het afgelopen jaar is tevens verder gewerkt aan de borging van een goede aansluiting tussen de nationale pandemische paraatheid en de structuren en mechanismen op EU en internationaal niveau die gericht zijn op gezondheidsbedreigingen in den brede, waaronder pandemische paraatheid. Verder hebben de WHO en Europese Commissie recentelijk een uitgebreide evaluatie van onze nationale preventie, paraatheid en respons uitgevoerd, die aanvullende inzichten zal geven in de mate waarin Nederland pandemisch paraat is. Het rapport wordt op dit moment afgerond en zal ik uw Kamer doen toekomen zodra deze gereed is.

Vraag 59

Hoe rijmen de bezuinigingen op pandemische paraatheid zich met de inzet op de versterking van de publieke gezondheid in 2024? Kunnen de plannen en initiatieven die in 2024 zijn gestart, zoals het voorstel om een grondslag in de Wet publieke gezondheid (Wpg) op te nemen om te komen tot een meer uniforme werkwijze bij de GGD'en om sneller op te schalen bij een epidemie, worden doorgezet?

Antwoord:

Het is belangrijk dat wij voorbereid zijn op een pandemie, maar ook op andere mogelijke gezondheids crises, zoals hybride conflicten of een natuurramp. Deze verschillende soorten dreigingen vragen om versterking van de weerbaarheid van onze zorg. Als er meer duidelijk is over een mogelijke alternatieve dekking zal uw kamer hierover geïnformeerd worden.

Concreet ten aanzien van de Wet publieke gezondheid (Wpg) heeft de minister van VWS uw Kamer in de brief van 9 december 2024 verzocht de behandeling van het wetsvoorstel Tweede tranche wijziging Wet publieke gezondheid aan te houden, totdat duidelijkheid bestaat over de grondslag van de specifieke uitkering in dit wetsvoorstel. Hierbij is toegezegd uw Kamer in het voorjaar van 2025 nader te informeren over de besluitvorming en eventuele impact op dit wetsvoorstel. De besluitvorming over de grondslag in het wetsvoorstel is op dit moment nog niet afgerond. De minister van VWS kan u nu reeds melden dat uw Kamer hierover in het najaar van 2025 wordt geïnformeerd.

Vraag 60

Waarom is er nog steeds geen volledig uniforme werkwijze bij GGD 'en, ondanks het feit dat dit al jaren als knelpunt wordt genoemd in de voorbereiding op pandemieën?

Antwoord:

De verantwoordelijkheid voor de infectieziektebestrijding is belegd bij de burgemeester en wethouders. Iedere veiligheidsregio is, in samenspraak met de GGD, verantwoordelijk voor de eigen voorbereiding op de infectieziektebestrijding. Alhoewel er landelijke richtlijnen bestaan hebben de

GGD'en bij de uitvoering van veel taken geen uniforme werkwijze. GGD'en hebben namelijk een regionaal karakter en een afzonderlijke, individuele verantwoordelijkheid. Dit is een uitvloeisel van onze gedecentraliseerde eenheidsstaat en daar zijn goede redenen voor. Iedere regio is verschillend met een verschillende bevolkingsopbouw en een verschillende infrastructuur. Door het regionale karakter van de GGD'en kunnen zij zo goed mogelijk aansluiten bij de behoeften van die regio. In de reguliere situatie werkt dit dan ook goed.

Echter, tijdens de COVID-19 pandemie zijn we tegen de beperkingen van dit systeem aangelopen. Daarom heb ik een wetsvoorstel voor een wijziging van de Wet publieke gezondheid bij uw Kamer aanhangig gemaakt, dat de centrale sturing van de minister van VWS op de directeurs publieke gezondheid bij de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A1 of A2, of een directe dreiging daarvan beoogt.

Vraag 61

Op basis van welke concrete scenario's of dreigingen is de uitbreiding van de ministeriële sturingsbevoegdheid in het wetsvoorstel inzake de Wpg gerechtvaardigd?

Antwoord:

De ervaringen tijdens de COVID-19-pandemie wijzen uit dat er in de huidige infrastructuur voor bestrijding van infectieziekten verbeteringen noodzakelijk zijn. Deze conclusie komt ook terug in diverse, reeds verschenen rapporten over de ervaringen tijdens de pandemie, zoals van het Verweij-Jonker instituut en van de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Onder andere is geconcludeerd dat – hoewel er rekening werd gehouden met de mogelijkheid van nieuwe epidemieën – de ervaringen met COVID-19 duidelijk hebben gemaakt dat de fijnmazige infrastructuur niet (snel genoeg) kon voldoen aan wat er nodig is voor de bestrijding van een grootschalige en langdurige epidemie. Geconstateerd is dat er wel behoefte én noodzaak bestond om centraal te kunnen sturen op een uniforme aanpak en een mate van robuustheid van uitvoering en randvoorwaarden (zoals ICT). Dat heeft geleid tot het wetsvoorstel inzake de Wpg met daarin de uitbereiding van de ministeriële sturingsbevoegdheid.

Vraag 62

Hoe wordt voorkomen dat er wéér bureaucratische lagen ontstaan bij de invoering van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ)?

Antwoord:

In het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) wordt de beschikbare zorgcapaciteit voor én door de Nederlandse zorgsector inzichtelijk gemaakt. Het LPZ is door VWS als generieke functie voor de zorg ter beschikking gesteld aan Stichting LPZ. Deze stichting bestaat voornamelijk uit de leden van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). In de bestuurlijke afspraken 'Inzicht in Zorgcapaciteit'¹⁷ uit april 2025 is de intentie opgenomen dat brancheorganisaties ActiZ, AZN, InEen, LNAZ, de Nederlandse ggz, NFU en NVZ toetreden tot het bestuur van Stichting LPZ. Ik vind dat een goede ontwikkeling, want inzicht in zorgcapaciteit is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle partijen in de (acute) keten. Ik vind het daarbij belangrijk om in de uitvoering geen onnodige bureaucratische hindernissen op te werpen. LNAZ is én blijft als uitvoerende partij van het LPZ aan de lat staan voor het onderhoud, het beheer, de (beleidsmatige) doorontwikkeling en de support van de applicatie.

Vraag 63

Hoe vaak was er in 2024 sprake van acute tekorten van medische producten en geneesmiddelen?

Antwoord:

Zoals eerder toegelicht zijn er op dit moment geen eenduidige cijfers over geneesmiddelentekorten, omdat er niet één definitie van een tekort geldt. Zie voor enkele kengetallen over (verschillende aspecten van) geneesmiddelen het antwoord op vraag 21.

¹⁷ Kamerstukken II 2024/25, 29247, nr. 458.

Voor medische hulpmiddelen heeft het Zorginkoop Netwerk Nederland (ZINN) in 2024 circa 1000 meldingen van tekorten gepubliceerd. Dit zijn geverifieerde meldingen waarbij een medisch hulpmiddel langer dan 14 dagen niet beschikbaar was en waarvoor de fabrikant zelf geen alternatief in het assortiment had. Deze leveringsonderbrekingen hebben gelukkig niet geleid tot problemen voor de zorgcontinuïteit en/of patiëntveiligheid.

Vraag 64

Wat zijn de totale kosten (geraamd of gerealiseerd) van het verbeterprogramma voor pandemische paraatheid in Caribisch Nederland, en hoe wordt de effectiviteit beoordeeld?

Antwoord:

Centraal in de het verbeterprogramma voor pandemische paraatheid staat het Dutch Caribbean Public Health Expertise Network (DuCaPHEN) dat in 2023 is opgericht. In de periode 2023 t/m 2025 is voor DuCaPHEN een budget van in totaal € 4,75 miljoen gerealiseerd. Daarnaast is voor de periode 2026 t/m 2028 een incidenteel budget van in totaal € 5,2 miljoen geraamd. De effectiviteit wordt beoordeeld door jaarlijkse verslagen van DuCaPHEN over de gerealiseerde doelen en regulier overleg met de diensten PG/GGD van de openbare lichamen BES. De voortgang van DuCaPHEN wordt jaarlijks ook besproken in het vierlandenoverleg gezondheid. Daarnaast is het verbeterprogramma gericht op het versterken van de GGD 'en op de BES-eilanden. Voor de periode 2025 t/m 2028 is voor de versterking van de GGD 'en een incidenteel budget van in totaal € 2,2 miljoen geraamd. De beoordeling van de effectiviteit vindt plaats tijdens de reguliere overlegmomenten met de diensten PG/GGD van de openbare lichamen BES.

Vraag 65

Welke concrete resultaten zijn behaald door het ZonMw-programma gericht op digitale ondersteuning van zorgcontinuïteit tijdens crisissen?

Antwoord:

Het programma 'Doorgang Reguliere Zorg Pandemische Paraatheid' richt zich op de uitdagingen en oplossingen die nodig zijn om de voortgang van reguliere zorg in crisistijden te garanderen. Dit kan gerealiseerd worden door geoptimaliseerde (regionale) coördinatie en de inzet van digitale hulpmiddelen die de organisatie en toegankelijkheid van zorg verbeteren.

Het programma is pas recent van start gegaan en er zijn daarom nog geen concrete resultaten behaald. Op 26 maart 2025 is de eerste subsidieoproep 'Data-oplossingen voor medisch specialistische zorg in crisissituaties' uitgegaan. Deze is op 13 mei gesloten. De ontvangen voorstellen worden momenteel beoordeeld door ZonMw.

Vraag 66

Waarom is pas in 2024 gestart met het opstellen van de Nederlandse lijst van kritieke geneesmiddelen, terwijl leveringszekerheid al jaren een bekend probleem is?

Antwoord:

Het opstellen van deze lijst startte parallel met het opstellen van de Europese lijst kritieke geneesmiddelen. Nederland is samen met enkele andere lidstaten (België, Frankrijk, Portugal) één van de eerste landen met een nationale lijst kritieke geneesmiddelen. Ik ben blij dat we deze lijst nu hebben, omdat het mij helpt om meer gerichte, aanvullende, maatregelen te kunnen nemen voor de verbetering van de beschikbaarheid van deze geneesmiddelen voor patiënten in Nederland.

Vraag 67

Hoe garandeert u dat de aanvullende voorraden antibiotica en salbutamol ook daadwerkelijk beschikbaar zijn voor crisissituaties, en hoe wordt dit gecontroleerd?

Antwoord:

De extra voorraden van essentiële antibiotica en salbutamol aerosolen van vier weken zijn bedoeld om tijdelijke leveringsonderbrekingen van deze geneesmiddelen op te kunnen vangen. Daarmee hebben we een buffer om tekorten op te vangen en waar nodig naar alternatieven te zoeken. Ik merk voor de volledigheid op dat een voorraad alleen kan worden opgebouwd als er voldoende

aanbod is in Nederland van het geregistreerde geneesmiddel. Op dit moment is er bijvoorbeeld een tekort van salbutamol aerosol, en mogen de groothandels hier geen extra voorraad van opbouwen. Er is wel genoeg salbutamol aerosol beschikbaar voor patiënten via import uit het buitenland.

Specifiek voor crisissituaties werk ik samen met mijn collega's van andere ministeries aan de versterking van de maatschappelijke weerbaarheid. In deze context onderzoek ik ook hoe voorraden voor medische producten voor crisissituaties het beste vormgegeven kunnen worden. Hierbij kijk ik ook in Europees verband hoe de lidstaten elkaars inspanningen op voorraadvorming kunnen versterken. Hiervoor zal de Europese Commissie in de zomer een voorraadvormingsstrategie publiceren.

Vraag 68

Wat zijn de risico's van de afhankelijkheid van Europese initiatieven zoals de verordening kritieke geneesmiddelen (Critical Medicines Act) voor onze nationale leveringszekerheid?

Antwoord:

Het doel van het kabinet is dat Europa maximaal onafhankelijk is van landen buiten Europa voor kritieke geneesmiddelen. Als land is het niet mogelijk alles zelf te produceren. Daarom werk ik samen met andere landen binnen Europa op dit gebied en ben ik blij met Europese initiatieven zoals de Critical Medicines Act. Tegelijkertijd vind ik belangrijk dat Nederland geneesmiddelenproducenten behoudt die kunnen bijdragen aan de leveringszekerheid van kritieke geneesmiddelen voor Nederland. Daarvoor is een gezonde Nederlandse geneesmiddelenmarkt nodig waar ook Nederlandse geneesmiddelenproducenten hun brood kunnen verdienen. Ik zet mij daarvoor in, parallel aan de lopende Europese initiatieven. Daarvoor verken ik aanvullende opties om registraties van kritieke geneesmiddelen in Nederland te behouden en om aanvragen voor nieuwe registraties te stimuleren. Ten slotte investeer ik in goede relaties met producerende landen buiten de EU, zoals India, om de toeleveringsketen voor geneesmiddelen te diversifiëren.

Vraag 69

Hoe wordt het risico op overheidsverliezen beheerst bij de verstrekte garanties aan zorginstellingen, zoals ziekenhuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg?

Antwoord:

Het risico op overheidsverliezen wordt op meerdere manieren beheerst. Allereerst is sprake van een solide borgingsstelsel. Daarbij is geen sprake van een directe Rijksgarantie. De overheid fungeert als achterborg waarop een beroep mogelijk is indien het eigen risicovermogen van het WfZ en de obligo vanuit deelnemende zorginstellingen niet volstaat.

Deelnemende instellingen betalen een eenmalige premie aan het WfZ, waarmee uitvoeringskosten worden gedekt en het risicovermogen van het WfZ wordt opgebouwd. Het risicovermogen wordt als eerste aangesproken als een beroep wordt gedaan op de borging van het WfZ. Indien het risicovermogen van het WfZ niet volstaat om aan de verplichtingen te kunnen voldoen, dan volgt een beroep op het obligo. Aangesloten zorginstellingen dienen het WfZ in dat geval een renteloze lening te verstekken die 3% van de uitstaande garanties omvat. Mocht ook dit niet voldoende zijn om aan de borgingsverplichtingen te kunnen voldoen, dan dient het WfZ een beroep te doen op de achterborg. Deze 'achterborg' van het Rijk is ongelimiteerd wat betreft omvang en tijdsduur. VWS houdt jaarlijks een begrotingsreserve aan die fungeert als extra vangnet om het risico voor de Rijksbegroting nog verder te beperken.

Het risicomanagement van het WfZ is erop gericht om de kans op een beroep op de obligo en achterborg zeer gering te houden.

- Allereerst is sprake van selectieve toelating. Enkel zorginstellingen die voldoen aan de eisen die het WfZ stelt aan de kredietwaardigheid komen in aanmerking voor borging. Naast de financiële situatie, wordt daarbij ook gekeken naar zaken als de juridische structuur en andere zaken die van invloed zijn op het risicoprofiel.
- Daarnaast moeten zorginstellingen een solide businesscase aanleveren. Het WfZ toetst daarbij ook de nut en noodzaak van de investeringen bij de inkopende partijen.

- Het WfZ kijkt ook naar de risico's die het op portefeuilleniveau kan dragen. Dit resulteert onder andere in een 'borgingsplafond' per individuele deelnemer.
- Voor zorginstellingen die deelnemer zijn bij het WfZ wordt de kredietwaardigheid minimaal 2 keer per jaar opnieuw beoordeeld. Op deze manier komen eventuele financiële problemen tijdig in beeld.
- Zorginstellingen die deelnemer zijn bij het WfZ zijn bovendien gebonden aan een Reglement van Deelneming, waarin een aantal risicobeperkende aspecten zijn vastgelegd.

Sinds de oprichting van het WfZ in 1999 is er 2 keer sprake geweest van een faillissement van een WfZ deelnemer. In beide gevallen volstond het risicovermogen van het WfZ ruimschoots om aan zijn verplichtingen te voldoen zonder een beroep te doen op het obligo en de achterborg.

Vraag 70

Welke terugkerende oorzaken liggen ten grondslag aan de onderuitputting? Wat valt onder de overige meevallers?

Antwoord:

De redenen voor structurele onderschrijding verschillen per beleidsonderwerp. Bij de begrotingsgefinancierde uitgaven wordt onderschrijding vaak veroorzaakt door vertraagde uitvoering of onbenutte subsidies. Bij de premiegefinancierde zorguitgaven is de afgelopen jaren met name sprake geweest van structurele onderuitputting in de wijkverpleging. Naar de onderschrijding in de wijkverpleging zijn de afgelopen jaren verschillende onderzoeken gedaan. Dit onderzoek heeft aangetoond dat de oorzaak een combinatie is van factoren, waaronder de toegenomen doelmatigheid: het gemiddelde aantal zorguren per cliënt is de afgelopen jaren flink afgenomen. Ook personeelstekorten worden genoemd als oorzaak van de onderschrijding. Een andere verklaring voor de toenemende onderschrijding is dat in het Integraal Zorgakkoord (IZA) voor de wijkverpleging een ruim kader is afgesproken om de sector groeiruimte te bieden. Uit onderzoek blijkt dat de wijkverpleging, ondanks de onderschrijding, goed toegankelijk is en dat mensen over het algemeen snel zorg kunnen krijgen wanneer dat nodig is. Overige meevallers zijn een optelsom van diverse kleine posten bij elkaar.

Vraag 71

Gaat u het geld voor de zorg behouden voor de lijst in tabel 7 met onderuitputting? Kan de Kamer met voorstellen komen om deze middelen nuttig in te zetten binnen het zorgdomein, zoals extra financiering zorgzame buurten?

Antwoord:

Geld op de VWS-begroting dat in 2024 niet is uitgegeven, is in 2025 niet meer beschikbaar om aan de zorg te besteden. Deze meevallers worden gebruikt om tegenvallers op te vangen. Indien er meer meevallers zijn dan tegenvallers, dan vloeien de middelen terug naar de Staatskas.

Vraag 72

Waarom is de subsidieregeling Post-Covid (2,5 miljoen euro) onbenut gebleven?

Antwoord:

Naar aanleiding van het gewijzigde amendement van het lid Bushoff c.s. is het kasbudget bij nota van wijziging op de ontwerp-begroting verhoogd met € 21 miljoen om extra middelen beschikbaar te kunnen stellen voor de regeling zorgmedewerkers met langdurige post-COVID klachten. De middelen van dit amendement zijn ingezet ten behoeve van de financiële ondersteuning voor zorgmedewerkers met post-COVID. Met dit amendement (t.w.v. € 21 miljoen) is het bedrag per zorgmedewerker verhoogd van € 15.000 naar € 24.010. Ook geldt de regeling voor meer mensen: zorgmedewerkers die ziek zijn gemeld in de periode van maart 2020 tot en met december 2020 konden met de wijziging van de regeling ook een aanvraag indienen. In totaal is voor meer dan €21 miljoen uitgekeerd in 2024. Bij Slotwet is € 2,5 miljoen overgebleven omdat voor de aanvragen vanuit 2023 ook gebruik kon worden gemaakt van de eindejaarmarge 2023-2024.

Vraag 73

Hoeveel meer mensen hadden in 2024 een betalingsachterstand in de premiebetaling van de zorgverzekering dan in het jaar daarvoor? Hoe verklaart u dat het aantal mensen met een betalingsachterstand hoger uitviel dan verwacht?

Antwoord:

Verzekeringnemers met een betalingsachterstand ter hoogte van zes maanden zorgpremie worden door de zorgverzekeraar aangemeld bij het CAK voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie. Het CAK legt aan hen een bestuursrechtelijke premie op.

Eind 2023 werd bij circa 179.000 verzekeringnemers bestuursrechtelijke premie opgelegd. Eind 2024 waren dit er circa 186.000. Dit aantal fluctueert de laatste jaren tussen de 170.000 en 200.000, maar blijft fors lager dan het hoogste aantal (325.000) begin 2015.

Er zijn verschillende variabelen die van invloed zijn op het aantal verzekeringnemers met een betalingsachterstand zorgpremie. Bijvoorbeeld de stand van de economie. Ook valt op dat in de jaren waarin we op grote schaal te maken hadden met de ziekte Covid-19 en veel mensen in verband hiermee overheidssteun kregen, relatief minder mensen een betalingsachterstand zorgpremie hadden.

Vraag 74

Kunt u specifieker aangeven waar de 17 miljoen euro aan vrijgevallen middelen voor de subsidieregeling Veelbelovende zorg aan besteed had moeten worden? Zijn er taken of processen die hierdoor geen doorgang konden vinden?

Antwoord:

In 2024 was er voor de Subsidieregeling veelbelovende zorg een budget van € 47,3 miljoen beschikbaar. Dit budget was bedoeld voor het subsidiëren van onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van (nieuwe) zorg ten opzichte van de huidige behandeling. Een deel van de beschikbare middelen voor 2024 is niet uitgegeven en daardoor vrijgevallen. Dit komt doordat er minder subsidies zijn verstrekt dan- in het beschikbare budget paste. Er zijn namelijk te weinig onderzoeksaanvragen ingediend die voldeden aan de subsidievoorwaarden. Alle ingediende onderzoeksaanvragen die voldeden aan de subsidievoorwaarden hebben een subsidie kunnen ontvangen.

Vraag 75

Waarom vallen de uitgaven voor 2024 7,8 miljoen euro lager uit dan geraamd voor middelen CAK noodzakelijke medische zorg vreemdelingen, terwijl straatdokters en dergelijke aangeven niet genoeg geld te krijgen voor structureel goede zorg aan onverzekerden? Zijn de criteria te streng?

Antwoord:

De lagere uitgaven hebben betrekking op de Regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV) en niet op de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV). De kosten van zorg die ten laste zijn gebracht van de OVV zijn de afgelopen jaren flink gestegen. In tabel 18 op pagina 49 van het Jaarverslag is te zien dat de uitgaven zijn toegenomen van € 47,1 miljoen in 2021 naar € 63,7 miljoen in 2024. Dat er in de 2^e Suppletoire begroting 2024 een meevaller van € 7,8 miljoen is gemeld, is het gevolg van een eerdere forse verhoging van het budget 2024 die uiteindelijk niet volledig nodig bleek.

Vraag 76

Is er sprake van een kasschuif naar 2025 bij de vrijval van de SET middelen?

Antwoord:

In 2024 zijn niet alle SET middelen besteed. Dit kwam onder andere doordat sommige projecten tijdelijk zijn opgeschort. In enkele gevallen zijn deze projecten niet hervat, waardoor middelen onbenut zijn gebleven. Hierdoor is er minder subsidie uitgekeerd dan oorspronkelijk was begroot, en is er budget vrijgefallen. Een kasschuif was niet nodig, omdat er in het bestedingsplan voor 2025 al voldoende SET middelen waren opgenomen.

Vraag 77

Kunt u specifieker aangeven waar de terugontvangsten van subsidies (SVB) in eerste instantie voor gereserveerd waren? Zijn er programma's die hierdoor geen doorgang konden vinden?

Antwoord:

De terugontvangsten van de SVB betreffen uitvoeringskosten voor het trekkingsrecht pgb over 2021 en 2022 van totaal ongeveer € 3,5 miljoen. De jaarlijkse uitvoeringskosten bleken minder dan 5% lager dan geraamd. Dit zijn dus feitelijk geen subsidies. De budgetten voor uitvoeringskosten SVB zijn specifiek daarvoor gealloceerd en verdringen daarom geen andere programma's. Overige terugontvangsten hebben geen betrekking op de SVB.

Vraag 78

Waarom is 14,8 miljoen euro voor instellingssubsidies van PG-organisaties onbenut gebleven?

Antwoord:

Met het nieuwe beleidskader voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties is jaarlijks € 50 miljoen beschikbaar gesteld voor het versterken van de positie van patiënten en cliënten. Omdat het opzetten en uitvoeren van enkele programma's meer tijd in beslag nam dan verwacht is in 2024 incidenteel € 7,9 miljoen onbenut gebleven, zoals toegelicht in het beleidsverslag van het jaarverslag. In de onderuitputtingsanalyse is echter per abuis een verkeerd bedrag genoemd van € 14,8 miljoen.

Vraag 79

Kunt u specifieker aangeven waar de 28 miljoen euro aan vrijgefallen middelen voor de apparaatskosten aan besteed waren als er geen arbeidsmarktkrapte was? Zijn er taken of processen die hierdoor geen doorgang konden vinden?

Antwoord:

In de onderuitputtingsanalyse is een onderuitputting opgenomen van € 28 miljoen op de apparaatskosten. Dit is een optelsom van alle mee- en tegenvallers die zich hebben voorgedaan bij de 2^e suppletoire begroting en de Slotwet. Dit betreft zowel uitgaven op personele budgetten als materiële budgetten, bij zowel het kerndepartement als de IGJ en de raden. Het is niet goed aan te geven of er taken en processen zijn die hierdoor geen doorgang konden ondervinden, onder andere omdat het soms kleine bedragen betreft.

Vraag 80

Hoe wordt bij nieuwe beleidsinitiatieven concreet rekening gehouden met krapte op de arbeidsmarkt in de zorg, en hoe wordt dit meegewogen bij begrotingsvoorstellen?

Antwoord:

Voor bestaand en nieuw beleid is een extra kopje 'arbeidsmarkteffecten zorg- en welzijnsveld' in de beslisnota toegevoegd die i.h.k.v. de WOO ook meegaat naar de Kamer. Daar moet worden aangegeven of, en zo ja hoe, het beleid bijdraagt aan het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarktekort binnen zorg en welzijn. Daarnaast wordt bekeken hoe verwachte arbeidsmarkteffecten van nieuw beleid mee kunnen worden genomen in het beleidskompas, specifiek voor VWS.

Vraag 81

Waarom wordt tot op heden bij het opstellen van individuele beleidsplannen niet op structurele wijze rekening gehouden met de schaarste op de arbeidsmarkt?

Antwoord:

Sinds begin 2025 wordt bij het opstellen van beleidsplannen wel op structurele wijze rekening gehouden met schaarste op de arbeidsmarkt. Voor bestaand en nieuw beleid is namelijk een extra kopje 'arbeidsmarkteffecten zorg- en welzijnsveld' in de beslisnota toegevoegd die i.h.k.v. de WOO ook meegaat naar de TK. Daar moet worden aangegeven of, en zo ja hoe, het beleid bijdraagt aan het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarktekort binnen zorg en welzijn. Daarnaast wordt bekeken hoe verwachte arbeidsmarkteffecten van nieuw beleid mee kunnen worden genomen in het beleidskompas, specifiek voor VWS.

Vraag 82

Hoe gaat u de doelen om gezondheidsverschillen te verkleinen kabinetsbreed verstevigen met gezondheid in alle beleidsterreinen? Komt hier een aparte agenda voor met financiering? Hoeveel fte is hier extra voor vrijgemaakt binnen de verschillende ministeries? Welke bewindspersoon heeft de hoofdverantwoordelijkheid? Welke concrete doelen zijn of worden er gesteld?

Antwoord:

De beleidsagenda 'gezondheid in alle beleidsdomeinen' is tevens een reactie op SER briefadvies sociaaleconomische gezondheidsverschillen 'gezond opgroeien, wonen en werken'¹⁸ en is daarmee ook de agenda voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. De vier impactvolle beleidsthema's van deze beleidsagenda te weten: Bestaanszekerheid en werk, Gezonde generatie, Gezonde fysieke leefomgeving en Van zorg naar gezondheid en welzijn bevatten diverse maatregelen die gericht zijn op het verminderen van gezondheidsachterstanden.

De financiering van deze maatregelen worden bekostigd uit bestaande middelen. Zo wordt bijvoorbeeld met het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid (NPLV) door het Rijk samen met gemeenten en andere lokale partijen langjarig ingezet om de leefbaarheid en veiligheid in 20 focusgebieden in 19 steden te verbeteren. In het kader van het NPLV voert het Ministerie van VWS bijvoorbeeld nu een verkenning uit naar het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Daarnaast wordt Pharos (expertisecentrum gezondheidsverschillen) door het ministerie van VWS gefinancierd. Pharos ondersteunt beleidsmakers, zorgverleners en andere professionals bij de aanpak van gezondheidsachterstanden. Verder ontvangen gemeenten, via de Brede SPUK, middelen om uitvoering te geven aan de afspraken uit het GALA en Sportakkoord II, waaronder structurele middelen voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

De personele inzet van departementen komt uit de bestaande personeelsformatie. Het ministerie van VWS is de coördinerend bewindspersoon voor de beleidsagenda. Betrokken departementen zijn zelf verantwoordelijk voor de bijdrage die zij leveren aan de beleidsagenda.

De beleidsagenda 'Gezondheid in alle beleidsdomeinen' is een eerste versie en wordt nog verder doorontwikkeld. In de komende tijd wordt – onder meer samen met gemeenten en maatschappelijke partners – gewerkt aan meer focus en concretere langere termijn-doelen. Voor het einde van het jaar wordt u hierover in de eerste voortgangsrapportage geïnformeerd.

Vraag 83

Waar maakt u in het jaarverslag een koppeling met de Monitor Brede Welvaart? Waarom verwijst u alleen naar de VTV 2024, gaat u bij de begroting wel de koppeling maken met de Monitor Brede Welvaart? Gaat u concrete doelen voor de komende jaren formuleren, gebaseerd op genoemde monitor?

Antwoord:

Voor de analyse in het jaarverslag zijn de cijfers gebruikt die het beste inzicht geven in de resultaten van het kabinetsbeleid. De VTV biedt hier een goede basis voor omdat deze voor een aantal onderwerpen een specifiekere analyse geeft van de maatschappelijke opgaven en daarbij aangrijpingspunten biedt voor beleid. Daarnaast biedt de VTV ook inzicht in de lange termijn ontwikkeling, zodat veranderingen als gevolg van beleid beter geanalyseerd kunnen worden.

¹⁸ SER (2023), Gezond opgroeien, wonen en werken

De Monitor Brede Welvaart geeft met cijfers inzicht in de stand van zaken op thema's zoals welzijn en gezondheid, en toont hoe welvaart is verdeeld over verschillende bevolkingsgroepen. Daarbij geeft de Monitor Brede Welvaart momentopnamen en trends, maar laat het niet zien waarom bepaalde ontwikkelingen plaatsvinden of hoe indicatoren elkaar beïnvloeden.

In de Kabinetsreactie op de Monitor Brede Welvaart d.d. 21 mei¹⁹ wordt uiteen gezet hoe het beleid bijdraagt aan de Brede Welvaart en hoe de doelstellingen van dit kabinet op het gebied van brede welvaart leidend zijn bij het maken van beleid en het stellen van prioriteiten.

Vraag 84

Wat heeft de hogere realisatie op het budget van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) veroorzaakt?

Antwoord:

Naar aanleiding van een mondelinge vraag in de Tweede Kamer uit 2018 heeft de NVWA inspecties uitgevoerd bij tabaksspeciaalzaken, supermarkten en tankstations naar samenwerkingsovereenkomsten met tabaksfabrikanten in het kader van de verkoopbonussen en overige vergoedingen voor promotie van tabaksproducten en aanverwante producten (Handelingen II 2017/18, nr. 98, item 5). Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) heeft op 20 februari 2024 de reikwijdte van het reclameverbod nader geduïd en heeft geconcludeerd dat de boetes ten onrechte zijn opgelegd. Dit heeft geleid tot een extra terugbetaling van 11,2 mln. euro van boetezaken in het kader van verkoopbonussen Tabak.

Daarnaast zijn de uitgaven van de NVWA in 2024 met € 0,9 miljoen gestegen door het besluit van het CBb op 26 september 2023 dat de NVWA de kostenposten in de tarieven voor de uitvoering van keuringen in de toekomst zelf moet betalen.

Tot slot is er een loon- en prijsbijstelling uitgekeerd van € 10,4 miljoen ter compensatie van de hogere kostprijs als gevolg van o.a. de nieuwe CAO Rijk.

Vraag 85

Is het feit dat het aantal aanvragen voor meerzorg voor cliënten met een VG7-indicatie is toegenomen niet een teken dat het reguliere tarief in veel gevallen onvoldoende is?

Antwoord:

Dit is mogelijk het geval voor een klein deel van de VG7 doelgroep. Meerzorg is een tijdelijke maatwerk regeling die het mogelijk maakt om passende zorg en ondersteuning te organiseren voor de meest intensieve en complexe zorgvragen, wanneer mensen meer dan 25% meer zorg en ondersteuning nodig hebben dan het zorgprofiel biedt. Het zorgkantoor toetst of aan de voorwaarden wordt voldaan om voor Meerzorg in aanmerking te komen.

Momenteel loopt het kostenonderzoek van de NZa wat inzicht zal geven in gemiddeld genomen kostendekkende tarieven voor o.a. VG7. Sinds januari 2025 zijn reeds de tarieven voor VG7 met 6,2% verhoogd. Welk mogelijk effect dit heeft op de Meerzorg aanvragen is nog niet bekend.

Een deel van de zorgaanbieders geeft aan zich voornamelijk te richten op de meest intensieve en complexe zorg- en ondersteuningsvragen. Hierdoor is één gemiddeld tarief voor zorgprofiel VG7 op basis van een gewogen gemiddelde kostprijs van de hele VG7-populatie minder passend. Daarom hebben de VGN, ZN en de NZa met steun van VWS het afgelopen jaar onderzocht of het mogelijk en wenselijk is te differentiëren in de bekostiging voor de groep 'VG7-plus' binnen het zorgprofiel VG7. Voorzien wordt dat het gebruik van Meerzorg af zal nemen wanneer de prestatie VG7-plus in werking treedt. Begin juli 2025 beslist de NZa of de differentiatie in werking kan treden, wat dan in zou gaan per januari 2026.

Vraag 86

Hoe gaat u het traject van aanvragen versimpelen bij het stimuleren van de Domein overstijgende (DOS)-experimenten? Hoe gaat u deze niet bestede middelen (10,1 miljoen euro) in 2025 extra beschikbaar stellen? Hoe gaat u alle formulieren en Key Performance Indicators (KPI's) reduceren

¹⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2024-2025, 34298, nummer 41.

bij het Domein overstijgend samenwerken? Bent u het ermee eens dat alleen informatie en communicatie niet voldoende zijn?

Antwoord:

Vanaf het jaar 2026 zullen de aanvragen voor domein overstijgende samenwerking verlopen via de zorgkantoren en niet meer via een specifieke uitkering op de VWS-begroting. Dit maakt het proces voor de aanvragers eenvoudiger.

Voor het jaar 2025 is een nieuw budget beschikbaar voor de kosten van de experimenten (€27 miljoen). Momenteel worden de aanvragen in de 2^e ronde nog beoordeeld, maar de verwachting is dat het beschikbare budget voldoende is om alle aanvragen te kunnen honoreren. Het is daarom niet nodig om de resterende middelen van 2024 toe te voegen aan het budget 2025.

Het is van belang dat de experimenten kunnen worden gevolgd door middel van een landelijke monitor die wordt uitgevoerd door de VU Amsterdam. Het eerste tussenrapport van deze monitoring ontvangt uw Kamer in het najaar van 2025.

Aan de hand van resultaten van de monitor kan ook worden gezien of het uitvoeringsproces (inclusief de nu gebruikte formulieren en indicatoren) kan worden verbeterd.

Vraag 87

Wat is het effect van het Digital United Training Concepts for Healthcare (DUTCH) op de opleidingsduur?

Antwoord:

Het Digital United Training Concepts for Healthcare (DUTCH) project beoogt primair een transformatie van scholing, bij- en omscholing van zorgprofessionals door middel van schaalbare digitale leermiddelen en fysieke en virtuele simulatie. Zo zal er aanzienlijk minder fysieke capaciteit (operatiekamers e.d.) en begeleidingscapaciteit nodig zijn. Per saldo kunnen er meer mensen worden opgeleid en zijn zij naar verwachting sneller inzetbaar in de praktijk. Het inkorten van de opleidingsduur is op zichzelf niet een beoogd doel.

Vraag 88

Wanneer in 2025 kan de Kamer de brief verwachten over de vraag hoe wordt omgegaan met het wetsvoorstel Opvraagbaarheid gegevens bij spoedeisende zorg (Wogs)?

Antwoord:

Het doel en de reikwijdte van het wetsvoorstel Opvraagbaarheid gegevens bij spoedeisende zorg, ook wel het wetsvoorstel Opvraagbaarheid gegevens bij acute zorg (hierna: Wogaz) heeft grote overlap met de EHDS-verordening. Vanwege de brede scope van de EHDS is het niet zinvol een apart wetsvoorstel naar de Kamer te brengen als hetzelfde met de implementatie van de EHDS kan worden bereikt. Het verbeteren van databeschikbaarheid in de spoedeisende zorg en daarmee betere zorg in die situaties kunnen realiseren, is vanzelfsprekend nog steeds even belangrijk en kan met de EHDS implementatie worden geborgd.

Alles dat voor de Wogaz geregeld moet worden wordt meegenomen in de EHDS implementatie, zodat de Wogaz overbodig is geworden. Dit is bevestigd in de laatste stand-van-zaken-Kamerbrief. Om die reden zal over het niet verder in procedure brengen van de Wogaz geen nieuwe brief aan de Kamer worden toegestuurd. Wel stuurt de minister van VWS na de zomer een Kamerbrief aan het parlement toe waarin de gevolgen van de EHDS-verordening voor de Nederlandse wetgeving uiteen worden gezet. In diezelfde brief zal ook worden beschreven op welke wijze de EHDS zal worden geïmplementeerd. (PM Onderin)

Vraag 89

Waarom duurde het proces van afstemmen van plannen met de betrokken MSZ-koepels in het kader van het programma Uitkomstgerichte Zorg langer dan verwacht?

Antwoord:

Het programma Uitkomstgerichte Zorg is een gezamenlijk programma van VWS, ZIN en de MSZ-koepels. Zorgvuldige afstemming aan de voorkant met alle partijen is belangrijk omdat dit voor

betrokkenheid en herkenning zorgt, wat uiteindelijk leidt tot minder vertraging verderop in het proces. Het afstemmen van de plannen duurde aanvankelijk langer dan verwacht omdat de plannen betrekking hebben op het implementeren van uitkomstgericht werken in de praktijk. Afstemming met de achterbannen van de MSZ-koepels is hiervoor noodzakelijk, om er voor te zorgen dat hun specifieke wensen en zorgen werden meegenomen in het proces. Deze voortdurende afstemming zorgde voor extra tijdsinvestering, omdat er ruimte moest zijn voor overleg, feedback en aanpassingen voordat er consensus was.

Vraag 90

Met hoeveel uitval hebben de opleidingen advanced nurse practitioner (ANP) en physician assistant (PA) te maken? In welke fase van de studie vallen studenten uit en met waarom?

Antwoord:

Het rendement van de opleiding tot ANP vanaf 2001 tot 2024 is 85% en voor de opleiding tot PA is dat 88%. De uitval is niet gebonden aan een specifieke fase van de opleiding maar de opleidingsinstituten geven desgevraagd aan dat deze te verklaren is door de volgende drie factoren (in volgorde van belangrijkheid):

1. Persoonlijke omstandigheden zoals scheiding of langdurige ziekte.
2. Geen goede keuze en/of de verantwoordelijkheid niet aan kunnen van ANP of PA.
3. Niet kunnen kwalificeren naar het niveau van ANP of PA.

Vraag 91

Hoeveel artsen maatschappij en gezondheid heeft Nederland momenteel? Hoeveel studeren er naar verwachting af in het studiejaar 2025/2026?

Antwoord:

Volgens het BIG-register telt Nederland op 1 mei 2025 nu 698 artsen maatschappij en gezondheid. Naar verwachting studeren er in het jaar 2025 in totaal 186 artsen maatschappij en gezondheid af (117 in fase 1 en 69 in fase 2). In het jaar 2026 zijn dit er naar verwachting 147 (93 in fase 1 en 54 in fase 2).

Vraag 92

Waarom konden middelen niet tijdig worden ingezet bij de zorginstellingen op de BES-eilanden?

Antwoord:

VWS is verantwoordelijk voor de zorg op de BES-eilanden en zet onder meer in op digitalisering. Voor digitalisering op de BES-eilanden kon in 2024 per saldo € 3,7 miljoen niet meer worden ingezet bij de zorginstellingen, doordat de plannen voor inzet van deze middelen niet op tijd gereed waren. De plannen voor digitalisering op de BES-eilanden worden door de zorginstellingen nader uitgewerkt. Van de middelen die niet meer in 2024 konden worden ingezet is via een kasschuif in totaal € 1,7 miljoen overgeheveld naar 2025 en 2026.

Vraag 93

Wat zijn de ervaringen tot nu toe met betrekking tot het versterken van lokale teams? Loopt dit volgens verwachting of ziet u mogelijkheden voor verbetering?

Antwoord:

Er wordt stevig ingezet op het versterken van lokale teams. Dit is een belangrijke doelstelling binnen de Hervormingagenda Jeugd. Er zijn werkpakketten stevige lokale teams opgeleverd. Deze bevatten kennis uit onderzoek en praktijk om als gemeenten de basis van een stevig lokaal team neer te zetten. Gemeenten kunnen hier zelf mee aan de slag (bijv. via webinars van de VNG). Verder kunnen ze gebruik maken van de hulp die wordt geboden door het ondersteuningsteam stevige lokale teams van de VNG (via het ondersteuningsteam zorg voor de jeugd)

Het ondersteuningsteam heeft inmiddels 108 gemeenten ondersteund (of heeft de afspraak gemaakt om korte termijn te starten). Een deel van de gemeenten kan met advies en voorlichting zelf aan de slag. Diverse gemeenten zijn met coaching trajecten gestart en inmiddels is ook een aantal van deze trajecten afgerond. Ook wordt breder ingezet op het versterken van lokale teams

voor alle inwoners (niet alleen kinderen, jongeren en gezinnen). Er is een richtinggevend kader voor toegang, lokale teams en integrale teams (0-100)^[1] vastgesteld waarbij het Verkenninginstrument Toegang (VIT)^[2] gemeenten helpt om te kunnen zien waar ze staan ten opzichte van dit kader.

Vraag 94

Hoeveel professionals hebben gebruikgemaakt van de bij het traject 'Wijzer met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' gesprekshandleiding ten opzichte van de situatie voor 2024? Wat zijn de ervaringen van de professionals met deze gesprekshandleiding?

Antwoord:

De gesprekshandleiding is ontwikkeld als onderdeel van het traject "Wijzer met de meldcode" dat halverwege 2023 is gelanceerd. De website waarop informatie en ondersteunende tool over de meldcode beschikbaar zijn meer dan 80.000 keer bezocht. De gesprekshandleiding is hiervan een belangrijk onderdeel, met als doel professionals te ondersteunen bij het onderling bespreken van dilemma's waar zij in de praktijk tegenaan lopen.

Tijdens de testfase is intensief met professionals gesproken. De algemene conclusie uit deze fase is dat de handleiding helpt de drempel te verlagen om zorgen en twijfels bespreekbaar te maken. Sinds de lancering is de gesprekshandleiding meer dan 15.000 keer geraadpleegd. Hoewel we niet exact kunnen vaststellen hoeveel professionals hiermee hebben gewerkt – de tool is namelijk vrij beschikbaar en wordt door teams zelfstandig en op verschillende manieren toegepast – wijst het gebruik cijfer op brede interesse en inzet in de praktijk.

Vraag 95

Welke activiteiten worden bedoeld die ervoor moeten zorgen dat belangrijke vormen van jeugdzorg blijven bestaan?

Antwoord:

Jeugdhulpaanbieders die activiteiten verrichten in het kader van cruciale jeugdhulp, zoals bijvoorbeeld gesloten jeugdhulp en pleegzorg, kunnen in aanmerking komen voor de subsidieregeling continuïteit cruciale jeugdzorg. Het gaat dan om aanbieders die in acute liquiditeitsproblemen verkeren en waardoor zonder de subsidieregeling de continuïteit van cruciale jeugdhulp direct in gevaar zou komen.

Vraag 96

Weet u waarom het percentage van de bevolking dat (veel) belang hecht aan 4 en 5 mei licht lijkt te dalen?

Antwoord:

Uit het Nationaal Vrijheidsonderzoek 2025, een jaarlijks terugkerend onderzoek over herdenken en vieren in Nederland, blijkt een lichte afname van het aantal mensen dat 4 en 5 mei heel belangrijk vindt. Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat er nog steeds een breed draagvlak is in de Nederlandse samenleving voor 4 en 5 mei: 80% van de deelnemers aan het onderzoek vindt de Nationale Herdenking belangrijk of heel belangrijk, voor Bevrijdingsdag is dit 73%. Verder blijkt uit het onderzoek dat er een lichte toename is van de mate waarin men heeft stilgestaan bij de Nationale Herdenking en Bevrijdingsdag. Het Vrijheidsonderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van het Nationaal Comité 4 en 5 mei.

Vraag 97

Wanneer worden de resultaten van het onderzoek om beter zicht te krijgen op de ontwikkeling van het niet-gebruik van zorgtoeslag verwacht?

Antwoord:

Het streven is om voor de zomer de Kamer te informeren over de monitor niet-gebruik.

Vraag 98

Hoe komt het dat er meer dan 50% meer is uitgegeven aan externe inhuur dan was begroot?

Antwoord:

Een deel van de uitgaven voor externe inhuur kan niet worden begroot omdat van tevoren moeilijk is in te schatten of bepaalde vacatures kunnen worden gevuld. Wanneer reguliere werving van vacatures in de huidige (krappe) arbeidsmarkt niet direct succesvol verloopt, moet hiervoor ter overbrugging externe inhuur worden ingeschakeld, omdat het lopende activiteiten betreft. De hoger uitgevallen externe inhuur in 2024 heeft zich voornamelijk voorgedaan op de advisering voor automatisering, wat voornamelijk ICT-gerelateerde projecten zijn. Dit kent een aantal oorzaken. Enerzijds zijn projecten van een zodanig specifieke aard dat het vast in dienst nemen van personeel niet doelmatig is. Anderzijds blijkt het moeilijk om mensen uit de ICT-sector vast in dienst te nemen voor het departement en uitvoeringsorganisaties waarbij dit vanuit een beleidsoogpunt wel wenselijk is. Ook is er een aantal uitvoeringsorganisaties die relatief laat in het jaar middelen voor apparaatskosten krijgen overgeheveld. Omdat deze organisaties relatief veel externe inhuur hebben, wordt ook meer aan externe inhuur uitgegeven dan vooraf begroot.

Vraag 99

Wat gebeurt er als het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorbij het streefgetal van 55% vrouwen in schaal 15+ gaat?

Antwoord:

De Rijksbrede richtlijn genderdiversiteit in de top (vanaf schaal 15) is vastgesteld in 2020 en is opgenomen in het Kaderboek Organisatie en Bedrijfsvoering Rijksdienst. Het doel van VWS is om een evenwichtige afspiegeling van de samenleving te hebben. VWS zal blijven sturen op een evenwichtige samenstelling van het personeelsbestand door middel van in- en doorstroommaatregelen.

Vraag 100

Waarom kiest u voor streefcijfers op basis van culturele herkomst (niet-westerse migratieachtergrond)?

Antwoord:

Het percentage ambtenaren met een herkomst buiten Europa valt onder de richtlijn culturele diversiteit. Rijksbrede richtlijnen over culturele diversiteit en gender (vastgesteld in 2018 en 2020) zijn opgenomen in het 'Kaderboek Organisatie en Bedrijfsvoering Rijksdienst'. Deze richtlijnen zijn onderdeel van het Strategisch Personeelsbeleid Rijk en jaarlijks vindt publicatie plaats in de Jaarrapportage Bedrijfsvoering Rijk. Het rijk streeft naar een personeelsbestand dat representatief is voor de Nederlandse arbeidsmarkt. VWS volgt dit rijksbrede beleid.

Vraag 101

Wordt bij de CBS-barometer daadwerkelijk gemeten op afkomst? Hoe verhoudt dit zich tot het gelijkheidsbeginsel?

Antwoord:

Op advies van de Sociaal-Economische Raad (SER) heeft het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verzocht om de Barometer Culturele Diversiteit beschikbaar te stellen. De Barometer Culturele Diversiteit van het CBS meet op basis van de bestaande gegevens over het geboorteland en het herkomstland van ouders. Individuen zijn niet herleidbaar in de cijfers (conform de privacywetgeving en met waarborgen voor gegevensbescherming).

De Barometer is in lijn met het gelijkheidsbeginsel, omdat het geen onderscheid maakt tussen individuen, maar organisaties ondersteunt bij het objectief in kaart brengen van diversiteit.

Vraag 102

Hoeveel middelen zijn in 2024 besteed aan programma's rond inclusief leiderschap en diversiteitstrainingen?

Antwoord:

In 2024 is door VWS-kern ca. € 240.000 uitgegeven aan programma's rond inclusief leiderschap en diversiteitstrainingen.

Vraag 103

Kunt u aangeven of werving of selectie bij functies vanaf schaal 15 mede plaatsvindt op basis van afkomst of geslacht?

Antwoord:

Dit gebeurt niet. Rijksbreed wordt gewerkt met het uitgangspunt van brede werving en objectieve selectie. Elke kandidaat wordt objectief beoordeeld en wordt geselecteerd op basis van kwaliteit, competenties vanuit het Functiegebouw Rijk en geschiktheid voor de functie. Het beleid is erop gericht om dat zo objectief mogelijk te doen, zonder bevoordeling of bevordering. Reguliere functies vanaf schaal 15 worden geworven via de Algemene Bestuursdienst (ABD).

Vraag 104

Hoe borgt u dat sociale veiligheid ook geldt voor medewerkers met andere (politieke of culturele) opvattingen?

Antwoord:

Een sociaal veilige werkomgeving bij VWS gaat over een open en veilige gesprekscultuur waarin medewerkers zich durven uitspreken, zonder angst voor repercussies. Dit betekent dat iedereen zich gehoord en gerespecteerd voelt, ongeacht politieke of culturele opvattingen. Sociale veiligheid is er immers voor iedereen, ongeacht achtergrond of overtuiging. Samen werken we aan een prettige werkcultuur waar iedereen zich welkom voelt en kan functioneren. Collega's die sociale onveiligheid ervaren kunnen terecht bij verschillende loketten, zoals vertrouwenspersonen, bedrijfsmaatschappelijk werkers, personeelsraadgevers en integriteitcoördinatoren.

Vraag 105

Hoe wordt de doelmatigheid van de verschillende agentschappen onder VWS (zoals RIVM, CIBG en aCBG) geëvalueerd en verantwoord?

Antwoord:

In de Regeling Agentschappen is opgenomen dat agentschappen elke 5 jaar worden geëvalueerd. De doelmatigheid is hier onderdeel van. Daarnaast rapporteren de agentschappen over de doelmatigheid via de doelmatigheidsindicatoren die onderdeel zijn van het jaarplan.

Vraag 106

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

Antwoord:

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (Wfz) verhoogt de intensiteit en frequentie van de risicobewaking wanneer bij een deelnemende zorginstelling sprake is van een risicovolle ontwikkeling. In dat geval kan ook sprake zijn van een verhoogde informatieplicht. Hierbij kan op kwartaal- of zelfs op maandbasis informatie over de exploitatie- en liquiditeitsontwikkeling opvragen. Ook een omvangrijke fusie, een overname of een groot investeringsproject kunnen reden zijn om een deelnemende instelling gedurende een bepaalde periode intensiever te volgen.

Eind 2024 stonden 28 deelnemers onder verhoogde bewaking van het WfZ. Dat is 9,5% van het totale aantal deelnemers (2023: 9,3%).

Deelnemers onder verhoogde bewaking worden in drie categorieën onderscheiden, naar oplopende ernst van de situatie aangeduid met de kleuren geel, oranje en rood.

- Categorie 'rood' omvat de meest risicovol geachte deelnemers. Hierbij is sprake van ernstige liquiditeitsproblemen, meerjarig negatieve exploitatieresultaten en/of een uiterst zwak of negatief eigen vermogen. Ultimo 2024 valt 1 deelnemer in deze categorie (2023: 1 deelnemer).

- In categorie 'oranje' vallen deelnemers waar sprake is van zorgelijke situaties, maar met een minder urgent karakter. Te denken is aan zorgaanbieders met een zeer zwak vermogen van 5 à 10%, een zwakke liquiditeitspositie en/of meerjarige exploitatietekorten. In deze categorie vallen ultimo 2024 9 deelnemers (2023: 15 deelnemers).
- Bij categorie 'geel' zijn de problemen minder urgent, maar is er voldoende reden om goed 'de vinger aan de pols te houden'. In 2024 gaat het hierbij om 18 deelnemers (2023: 11 deelnemers).

Vraag 107

Welk bedrag is er in 2024 aan zorgverleners verstrekt door middel van het Waarborgfonds voor de Zorgsector?

Antwoord:

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector verstrekt zelf geen leningen aan zorginstellingen, maar borgt leningen die tussen banken (of andere geldgevers zoals pensioenfondsen en verzekeraars) en zorginstellingen worden afgesloten. Dit betekent dat het WfZ de betaling van de rente en aflossing van een geborgde lening volledig overneemt wanneer de zorginstelling daar niet meer toe in staat is.

In 2024 is borging verstrekt voor € 297,1 miljoen aan nieuwe langlopende leningen. Het totaalbedrag aan uitstaande borgingen op lang- en kortlopende leningen bedroeg eind 2024 € 5.767,5 miljoen.

Vraag 108

Is het aantal ziekenhuisbestuurders dat in 2024 een vrijstelling heeft gekregen van de Wet normering topinkomens (WNT)-norm toegenomen ten opzichte van 2023? Zo ja, met hoeveel?

Antwoord:

Nee, dat is niet het geval. In 2023 zijn er twee uitzonderingsverzoeken op grond van artikel 2.4 van de WNT ingediend, waarvan 1 na 15 oktober 2023. 15 oktober is de peildatum. Dit betekent dat het tweede verzoek is gerapporteerd in 2024, zoals eerder met uw Kamer gecommuniceerd. Beide verzoeken hebben een afwijzend besluit ontvangen. Tegen deze besluiten lopen momenteel bezwaarprocedures. In 2024 heeft VWS verder geen uitzonderingsverzoeken ontvangen.

Vraag 109

Kunt u de onderschrijding van meer dan een miljard euro (1.075,2 miljoen) op de wijkverpleging nader uitsplitsen in een tabel?

Antwoord:

Een nadere uitsplitsing van de € 1.075,2 miljoen kan niet gegeven worden, omdat dit bedrag tot stand komt door de totale verwachte uitgaven af te zetten tegen het totale beschikbare kader. Wel kan worden getoond hoe het bedrag is berekend. Zie hiervoor de onderstaande tabel.

Graag merk ik nog op dat naast de reguliere uitgaven een bedrag van € 60 miljoen was gereserveerd voor het opleidingsfonds wijkverpleging. Dit fonds is volgens Zorgverzekeraars Nederland volledig uitgenut. Echter, de uitgaven via dit fonds lopen niet mee in de realisatiecijfers van het Zorginstituut, waardoor deze extra uitgave niet terug te zien is in de uitgavenstand. De feitelijke onderschrijding komt daarmee, na correctie van deze € 60 miljoen, op € 1.015,2 miljoen (zie regels 4 en 5 van de tabel).

Bedragen x € 1 miljoen	
1) Uitgaven stand februari 2025	3.340
2) IZA kader 2024	4.415
3) Verschil (- is onderschrijding)	-1.075
4) Opleidingsfonds wijkverpleging	60

5) Resterend verschil	-1.015
6) Balanspost	9%

Toelichting tabel

- 1) Betreft de verwachte uitgaven voor het jaar 2024.
- 2) Betreft het geldende IZA kader voor het jaar 2024.
- 3) Betreft het verschil tussen regels 1 en 2 en geeft weer wat de verwachte onderschrijding van het IZA kader 2024 is.
- 4) Betreft de uitgaven aan opleidingsfonds wijkverpleging in 2024.
- 5) Betreft de onderschrijding na correctie voor de uitgaven via het fonds wijkverpleging.
- 6) Betreft de balanspost; deze geeft weer welk deel van de rapporteerde uitgaven in regel 1 is gebaseerd op inschattingen van zorgverzekeraars. Hoe hoger dit percentage is, hoe onzekerder de uitgavencijfers zijn.

Vraag 110

Waarom staat bij de meeste moties enkel “De Kamer zal hierover worden geïnformeerd.”? Kunt u enige informatie geven over de vraag op welke termijn dit is of waar dit vanaf hangt?

Antwoord:

Bij het opstellen van het Jaarverslag is niet altijd duidelijk op welke termijn de Kamer over de openstaande moties geïnformeerd kan worden. Het ministerie van VWS streeft er naar om de Kamer zo spoedig mogelijk te informeren over de stand van zaken van desbetreffende moties.

Vraag 111

Zijn er onderzoeken of data bekend die inzicht bieden in de vraag in hoeverre impulsaankopen bij de kassa, stapelkortingen en andere marketingtechnieken van supermarkten bijdragen aan overgewicht?

Antwoord:

Het Centraal Planbureau (CPB) geeft in hun publicatie van 2 april 2025, “Economisch perspectief op gezondheid en preventie”, inzichten uit de gedragseconomie. Deze laten zien dat keuzes rond gezondheid vaak beïnvloed worden door cognitieve biases. Mensen hebben bijvoorbeeld een voorkeur voor onmiddellijke beloningen boven toekomstige voordelen. Bijvoorbeeld ongezond voedsel dat nu goedkoper of lekkerder is, ondanks de bekende nadelige gevolgen van dat voedsel op de gezondheid op de langere termijn. Daarnaast treedt er beslissingsmoeheid op na het nemen van veel beslissingen, wat mogelijk leidt tot slechtere keuzes door mentale uitputting. Adverteerders spelen hier bijvoorbeeld op in door impulsartikelen, zoals snoep, bij de kassa te plaatsen. Overgewicht is een uitkomstmaat met meerdere mogelijke oorzaken. Effectief preventiebeleid op overgewicht is daarom complex en vereist een systeem brede aanpak. Marketingtechnieken van supermarkten zijn één van de mogelijke oorzaken van overgewicht. Het ontstaan van overgewicht is echter niet toe te wijzen aan één enkele factor.

Vraag 112

Wat waren de resultaten van de Nationale Voedseltop in 2017 die door de toenmalige staatssecretaris van Economische Zaken (Van Dam) e.a. is georganiseerd?

Antwoord:

De resultaten van de Voedseltop van 2017 zijn in het document ‘Resultaten Voedseltop’ beschreven, wat als bijlage is toegevoegd aan de Slotverklaring Nationale Voedseltop op 26 januari 2017^[1]. In het kort hebben de toenmalige ministeries van VWS en EZ samen met 150 partners een serie projecten en samenwerkingsverbanden opgezet om voedsel duurzamer en gezonder te maken. Het betekende inzet op verschillende voedselomgevingen, eiwittransitie, voedselverspilling, transparantie voor de keten en de consument en minder suiker in dranken.

Vraag 113

Zijn er nog lopende projecten of samenwerkingsverbanden die uit de Nationale Voedseltop van 2017 gekomen zijn?

Antwoord:

^{[1][1]} Kamerstuk 31 532 nr. 180

Het ministerie van LNVN werkt op dit moment nog samen met Green Protein Alliance, Dutch Cuisine, Jong Ieren Eten en de stichting Samen Tegen Voedselverspilling. Deze stichting is voortgekomen uit de in de resultaten genoemde Taskforce Circular Economy of Food.

Vraag 114

Welke ambities uit het in 2018 gesloten Nationaal Preventieakkoord zijn niet gehaald en wat is daar de oorzaak van?

Antwoord:

In het Nationaal Preventieakkoord staan de ambities op roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht geformuleerd voor 2040. Daarnaast zijn doelstellingen geformuleerd en zijn acties en afspraken opgesteld om deze doelstellingen te behalen. Er kan nog niet worden aangegeven welke ambities in 2040 al dan niet worden gehaald. Wel is begin 2024 door het RIVM een doorrekening van de acties tot en met 2022 gemaakt om in te schatten of de ambities voor 2040 worden behaald. Deze doorrekening is destijds met uw Kamer gedeeld (Kamerstukken II 2023/24, 32793, nr. 711).

De doorrekening van het NPA door het RIVM liet zien dat de afspraken bijdragen aan minder mensen die roken en overgewicht hebben. Op problematisch alcoholgebruik was de impact echter minimaal. Het RIVM concludeerde dat met de maatregelen uit het NPA die de afgelopen jaren zijn ingevoerd de ambities niet worden bereikt en dat meer inspanningen nodig zijn om de ambities te bereiken.

Het ministerie van VWS presenteert mogelijk later de samenhangende preventiestrategie. Daarin is de ambitie een gezonde generatie in 2040. Daarmee sluiten we aan bij de ambities van het Nationaal Preventieakkoord. In de preventiestrategie wordt weergegeven op welke manier hier invulling aan wordt gegeven.

Vraag 115

Welke beleidsmaatregelen gaan bijdragen aan het voorkomen van de gezondheidscrisis waar het RIVM voor heeft gewaarschuwd?

Antwoord:

De inzet op preventie en een gezonde leefstijl wordt mogelijk later nader uitgewerkt in de samenhangende effectieve preventiestrategie. Het ministerie van VWS heeft op 8 april jl. de eerste contouren van deze preventiestrategie aan uw Kamer gestuurd (Kamerstukken II, 2024/2025, 32793, nr. 820). Een aantal maatregelen die daarin staan benoemd zijn o.a. heldere richtlijnen en adviezen voor ouders/opvoeders omtrent (mentaal) gezond en verantwoord scherm- en sociale media-gebruik, beperken van ongewenste marketing van ongezonde voedingsmiddelen gericht op kinderen en zorgen dat gemeenten maatregelen kunnen nemen tegen een ongezond voedselaanbod. De verdere uitwerking van deze preventiestrategie wordt binnenkort met uw Kamer gedeeld.

Vraag 116

Zijn er onderzoeken die inzicht geven in de effecten van een verbod op reclame op dierlijke producten?

Antwoord:

Er zijn voor zover bekend geen onderzoeken die inzicht geven in de effecten van een verbod van reclame op dierlijke producten. Wel heeft het ministerie van LNVN onderzoek gedaan naar beleidsopties voor gedragsinterventies om de eiwittransitie te versnellen, behorende bij de 'Versnellingsagenda eiwittransitie'. De resultaten van dit onderzoek zijn nog niet gepubliceerd.

Vraag 117

Is bekend wat de effecten op de gezondheid, de zorgkosten en de economie zijn bij een voedselconsumptie waarbij de rato dierlijk/plantaardig 60/40 is?

Antwoord:

Volgens het RIVM is de huidige gemiddelde consumptieverhouding dierlijke en plantaardige eiwitten in Nederland 59%/41%²⁰. In de jaren 2013-2016 was de eiwitratio 61%/39%. De effecten van een voedselconsumptie met de rato dierlijk/plantaardig 60%/40% zijn naar verwachting vergelijkbaar met de huidige situatie van 59%/41%.

In 2023 bracht de Gezondheidsraad een advies uit over de gevolgen voor de gezondheid van de eiwittransitie, en in het bijzonder de verschuiving naar een voedingspatroon met 60% plantaardige en 40% dierlijke eiwitten²¹. In het advies wordt geconcludeerd dat de verschuiving naar een voedingspatroon met 60% plantaardige en 40% dierlijke eiwitten goed is voor de gezondheid van de meeste Nederlanders. Dit voedingspatroon voldoet beter aan de Richtlijnen goede voeding dan ons huidige voedingspatroon. Een belangrijk voordeel van een meer plantaardige voeding, is dat het risico op chronische ziekten omlaag gaat: de consumptie van gezonde (meer) plantaardige voedingspatronen met volkoren granen, fruit, groente, noten en peulvruchten verlaagt het risico op hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en kanker. Ook het eten van minder rood vlees en bewerkt vlees hangt samen met een lager ziekterisico. Verder daalt door de eiwittransitie de inname van verzadigd vet en mogelijk zout, en stijgt de inname van voedingsvezel. Voor spier- en botgezondheid levert de eiwittransitie naar verwachting geen problemen op voor de algemene bevolking.

Gezien de verlaging van het risico op chronische ziekten, ligt het in de rede dat de zorgkosten verlagen bij een voedselconsumptie met 60% plantaardige en 40% dierlijke eiwitten. Het rapport 'Maatschappelijke impact eiwittransitie' van Wageningen University and Research concludeert dat de eiwittransitie een positieve impact heeft op natuurlijk en humaan kapitaal²².

Vraag 118

Wat zijn de resultaten geweest van de Nationale Eiwitstrategie van 2020?

Antwoord:

De Nationale Eiwitstrategie (NES) heeft als doel de zelfvoorzieningsgraad van NL en de EU van nieuwe en plantaardige eiwitten te vergroten op een toekomstbestendige manier. Nederland wil zo veel mogelijk zelf kunnen voorzien in de eiwitten die nodig zijn voor veevoer en menselijke consumptie, zodat de import van eiwitten van buiten Europa kan worden beperkt waarmee de

voedselzekerheid wordt versterkt. Binnen de NES komen verschillende beleidsterreinen samen en wordt ingezet op het stimuleren van de productie en consumptie van plantaardige en innovatieve eiwitten en het vergroten van de benutting van reststromen en insecten voor veevoer.

De resultaten van de eerste uitvoeringsperiode van de NES zijn terug te lezen in de volgende Kamerbrief ([Kamerbrief verdere uitwerking Nationale Eiwitstrategie | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)).

Op dit moment vindt er op ieder van de vijf sporen van de NES flexibel inzet plaats, waarbij het geen afgebakend programmaonderdeel is binnen het ministerie van LNV. Met de diervoedersector (Nevedi) is gewerkt aan het project Duurzaam Diervoeder 2030 dat is gericht op het stellen van doelen op het gebied van verduurzaming van veevoer en het monitoren van de vorderingen via een dashboard. Samen met de verschillende dierlijke ketens zijn er in 2024 doelen gesteld voor o.a. het verlagen van de carbon footprint van veevoer, het verhogen van het aandeel reststromen en het aandeel Europese diervoedergrondstoffen in veevoer. Daarnaast is er een kennishub gerealiseerd door de WUR en stichting Samen Tegen Voedselverspilling om reststromengebruik in veevoer te stimuleren. Verder wordt er op Europees niveau ingezet om wetgeving voor het gebruik van alternatieve reststromen te verruimen. In 2021 is mede door Nederlandse inzet al een eerste

²⁰ 'De milieubelasting, eiwitinname en -ratio van de voedselconsumptie in Nederland (2019-2021)', RIVM, <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0101.pdf> (2024).

²¹ 'Advies Gezonde eiwittransitie', Gezondheidsraad, <https://www.gezondheidsraad.nl/onderwerpen/voeding/documenten/adviezen/2023/12/13/advies-gezonde-eiwittransitie> (2023).

²² 'Maatschappelijke impact van eiwittransitie', Willy Baltussen et al., <https://edepot.wur.nl/638736> (2023).

versoepeling doorgevoerd waardoor het mogelijk is om verwerkte dierlijke eiwitten van varkens te voeren aan kippen en andersom. En kunnen insecteneiwitten ook toegepast worden in diervoeder voor varkens en kippen. Meer informatie over diervoeder is terug te lezen in de volgende Kamerbrief ([Kamerbrief over veerkrachtige duurzame diervoederproductie | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)).

Als onderdeel van de NES is in 2022 een Green Deal Vlinderbloemigen (de Bean Deal) opgezet. Doel van de Bean Deal is opschaling van de Nederlandse teelt en verwerking van eiwitrijke gewassen, primair bestemd voor humane consumptie, met een focus op stikstofbindende vlinderbloemigen. De Bean Deal eindigt juli 2025. Daarnaast is de teelt van stikstofbindende gewassen opgenomen als eco-activiteit in de eco-regeling. In 2023 heeft Wageningen Economic Research de Eiwitmonitor ontwikkeld, die inzicht geeft in de verhouding plantaardige en dierlijke eiwitten in vraag en aanbod. Er worden daarnaast diverse onderzoeken uitgevoerd, waaronder een versnellingsagenda eiwittransitie en verschillende NWO calls. Meer over de eiwittransitie leest u in de kamerbrief [Kamerbrief over huidige situatie eiwittransitie in Nederland | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#).

Vraag 119

Welke projecten, samenwerkingsverbanden en beleidsmaatregelen die zijn voortgekomen uit de Nationale Eiwitstrategie van 2020 lopen nu nog door?

Antwoord:

Alle op diervoeder genoemde projecten / samenwerkingsverbanden / doelen lopen momenteel nog, zoals het project Duurzaam Diervoeder 2030 en de Kennishub reststromen in circulaire dierlijke eiwitketens. Er zijn daarnaast verschillende samenwerkingsverbanden gekoppeld aan de NES, waaronder bijvoorbeeld de samenwerking binnen de Bean Deal. Wageningen Social Economic Research (WSER) voert ook voor 2025 weer een eiwitmonitor uit en er zijn verschillende projecten vanuit onder andere het Voedingscentrum, die ervoor zorgen dat de consument onafhankelijk wordt geïnformeerd over het belang van een goede balans in de eiwitconsumptie. Er is bijvoorbeeld een samenwerkingsverband "Green Plate" van het Voedingscentrum, WSER, cateraars en Dienst Justitiële Inrichting met als doel een bijdrage leveren aan de eiwittransitie in publieke settings door bestaande kennis over effectieve gedragsinterventies te vertalen naar concreet maatwerk.

Vraag 120

Welke gezondheidseffecten verwacht u wanneer dierlijke producten zoals vlees en zuivel, duurder worden in verhouding tot plantaardig voedsel?

Antwoord:

We hebben geen zicht op de gezondheidseffecten van een prijsverhoging van dierlijke producten zoals vlees en zuivel. Wel weten we dat de Gezondheidsraad een verband legt tussen de consumptie van rood en bewerkt vlees en bepaalde voeding gerelateerde ziektes, te weten: beroerte, diabetes, darmkanker en longkanker.²³ Daarentegen adviseert de Gezondheidsraad in haar Richtlijnen goede voeding om enkele porties zuivel per dag te consumeren. Dit komt doordat zuivelproducten essentiële voedingsstoffen bevatten zoals vitamine B2, B12, calcium en eiwitten. Ook hangt het consumeren van zuivel samen met een verlaagd risico op darmkanker.

Vraag 121

Wat is de stand van zaken betreffende het voedselaanbod in de catering, kantines en restaurants van de uitvoerende diensten en agentschappen (ACM, CPB, NVWA, RDI, RVO, SodM)?

Antwoord:

Het overall beeld in 2024 is dat er 206 locaties zijn die binnen het Rijk door cateraars worden voorzien van voeding. Hierbij is het uitgangspunt het Overheidsniveau Gezonde Catering, volgens de Richtlijn Eetomgevingen van het Voedingscentrum. Het aanbestedingscriterium gezond en duurzaam eten is en wordt in 100% van de aanbestedingen toegepast.

²³ Gezondheidsraad: Richtlijnen Goede Voeding 2015.

In 2024 waren er 180 locaties met een bedrijfsrestaurant waarvan er zo'n 90% bij een eerste audit voldoen aan de richtlijnen. De overige 26 locaties betreffen de levering van voeding aan justitiabelen. Het is lastig om over het organisaties te hebben, omdat ze soms in verzamelgebouwen (CPB) of in PPS gebouwen zitten.

Vraag 122

Hoe is de VNG betrokken bij het stimuleren van een gezond en duurzaam voedingspatroon?

Antwoord:

Gemeenten informeren, stimuleren en ondersteunen ouders via de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD) om kinderen gezond te laten opgroeien. Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) spelen hier een belangrijke rol in omdat de CJG's op gezette tijden contact hebben met (jonge) ouders over de ontwikkeling van hun kind. Het Voedingscentrum biedt informatie over een gezond en duurzaam voedingspatroon in samenwerking met het CJG.

Ook de organisatie JOGG ondersteunt twee derde van de gemeenten in Nederland om kinderen te laten opgroeien in een gezonde leefomgeving met aandacht voor onder andere gezonde voeding.

Vraag 123

Hoeveel en welke Regio Deals besteden aandacht aan gezond en duurzaam voedsel?

Antwoord:

Regio Deals zetten in op het verbeteren van het leven, wonen, werken voor inwoners en ondernemers in heel Nederland. Op dit moment worden de Regio Deals voor de zesde en tevens laatste tranche uitgewerkt. Het is aan de partijen in de regio's welke keuzes er worden gemaakt op het vlak van brede welvaart, en dus ook voor de aandacht aan gezondheid en duurzaam voedsel.

Het verbeteren van de gezondheid van inwoners is een belangrijk thema binnen Regio Deals, zoals ook is aangegeven in het Rebel Onderzoek²⁴ naar Rode draden van Regio Deals. In een aantal deals gaat het dan ook over de productie van gezond en duurzaam voedsel, zoals in de Regio Deal Foodvalley, Rivierenland en West-Brabant. In andere Regio Deals is veel aandacht besteed aan gezonde voeding op scholen, zoals onder andere in de Regio Deals Noordoost Fryslan, Zuid-Oost-Drenthe, Parkstad, Oost-Groningen.

Vraag 124

Wat is er gebudgetteerd voor de Nationale Eiwitstrategie voor 2020-2025?

Antwoord:

In de periode 2020-2025 zijn diverse subsidies en opdrachten verstrekt die bijdragen aan de doelen uit de Nationale Eiwitstrategie. Hier zijn geen centrale budgetten voor gereserveerd.

Vraag 125

Wat is uitgegeven aan de Nationale Eiwitstrategie vanaf de start van de oprichting en waaraan?

Antwoord:

Voor de uitvoering van de Nationale Eiwitstrategie is circa € 100.000 uitgegeven. Dit zit met name in het promoten van de nationale eiwitstrategie, onderzoek en het laten opstellen van de Eiwittransitiekaart.

Vraag 126

Waar is het budget voor de Nationale Eiwitstrategie gealloceerd?

Antwoord:

Voor de uitvoering van de Nationale Eiwitstrategie is circa € 100.000 uitgegeven. Dit zit met name in het promoten van de nationale eiwitstrategie, onderzoek en het laten opstellen van de Eiwittransitiekaart.

Vraag 127

Wat is er gebudgetteerd voor de Bean Deal voor 2020-2025?

²⁴ [Rode Draden in Regio Deals | Convenant | Rijksoverheid.nl](#)

Antwoord:

Voor de jaren 2023-2025 is er circa € 200.000 gebudgetteerd voor de Bean Deal. In de jaren 2020-2022 was hier geen budget voor beschikbaar, mede doordat de Bean Deal toen nog niet van start was.

Vraag 128

Wat is uitgegeven aan de Bean Deal vanaf de start van oprichting en waaraan?

Antwoord:

Er is circa € 200.000 uitgegeven aan de Bean Deal. Deze uitgaven zijn met name voor de ketenregisseur. Daarnaast is er budget uitgegeven aan het secretariaat van de Bean Deal.

Vraag 129

Waar is het budget voor de Bean Deal gealloceerd?

Antwoord:

De uitgaven voor de uitvoering van de Bean Deal vonden plaats op artikel 21 van de LVVN-begroting, onder het kopje *Integraal Voedselbeleid*.

Vraag 130

Hoeveel wordt bezuinigd op preventie van voedingsgerelateerde ziekten?

Antwoord:

In de Kamerbrief van 21 oktober 2024 Uitgaven aan preventie en investeringsmodel preventie ([Kamerstukken II 2024/25, 32793 nr. 783](#)) is een overzicht gegeven van de uitgaven aan preventie op de VWS begroting. Er is geen overzicht van uitgaven aan preventie in relatie tot de voeding gerelateerde ziekten, zoals obesitas, hart en vaatziekten en sommige vormen van kanker.

Vraag 131

In welke mate zorgt de bezuiniging op preventie van voedingsgerelateerde ziekten voor oplopende zorgkosten?

Antwoord:

Er is geen inzicht in de impact op de zorgkosten als gevolg van zowel de aflopende tijdelijke middelen als de aanvullende bezuiniging op preventie. In het Regeerprogramma is de ambitie opgenomen om een investeringsmodel voor preventie te ontwikkelen (Kamerstukken II 2024/25, 32793 nr. 819). Op het moment dat het investeringsmodel geïmplementeerd wordt krijgen we meer inzicht in de effecten van preventie en over de kostenbesparingen die hiermee zijn gemoeid.

Vraag 132

Hoeveel van de gecontracteerde externe inhuur vervangt vaste functies? Wat is het aandeel ICT-inhuur?

Antwoord:

De administratieve systemen van VWS zijn – conform de rijksbrede voorschriften – niet zodanig ingericht dat antwoord gegeven kan worden op de vraag hoeveel van de gecontracteerde externe inhuur is ter vervanging van vaste functies. Hierdoor kan ook geen antwoord gegeven worden op de vraag hoeveel van de (vaste) ICT functies door externe inhuur zijn ingevuld. Wel zijn op grond van rubricering in de financiële administraties de totale uitgaven aan ICT-inhuur ten opzichte van de totale uitgaven aan Eigen personeel voor geheel VWS (inclusief agentschappen) aan te geven, namelijk 15,3 %. Zie hiervoor regel 6. Advisering opdrachtgevers automatisering en de Totale uitgaven Eigen personeel in tabel 110 in bijlage 4: Inhuur externen in het Jaarverslag VWS 2024”.

Vraag 133

Hoe reflecteert u op de 11% overschrijding van de zogenaamde Roemer-norm?

Antwoord:

VWS stelt alles in zijn werk om de overschrijding van de Roemer-norm te verlagen. Het inhuurpercentage van VWS komt voornamelijk voort uit veel tijdelijk werk, de krappe arbeidsmarkt en een moeilijke vacaturevervulling vanwege de benodigde specialistische kennis. Het terugbrengen van de externe inhuur gebeurt waar mogelijk door verambtelijking van extern ingehuurd medewerkers, de aanpak van schijnzelfstandigheid, het inrichten van flexpools (waaronder ICT) en het maken van beleidsmatige afwegingen of inhuur echt noodzakelijk is.

Vraag 134

Wat gaat u de komende jaren doen om minder gebruik te maken van externe inhuur?

Antwoord:

VWS volgt de lijn van de kamerbrief 'Terugdringen externe inhuur' van 18 april jl. (2025D18024) van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Het terugbrengen van de externe inhuur gebeurt door verambtelijking van extern ingehuurd medewerkers, de aanpak van schijnzelfstandigheid, het inrichten van flexpools (waaronder ICT) en het maken van beleidsmatige afwegingen of inhuur echt noodzakelijk is.

Vraag 135

Waarom kiest u niet voor uw eigen ambtenaren bij tijdelijke opdrachten?

Antwoord:

VWS streeft ernaar eigen ambtenaren in te zetten bij tijdelijke opdrachten.

Vanwege de urgentie (directe inzetbaarheid), benodigde en beschikbare expertise, krapte op de arbeidsmarkt en piekbelasting is het niet altijd mogelijk om tijdelijke opdrachten met eigen ambtenaren in te vullen.

Vraag 136

Welke verklaring heeft u voor het feit dat uw ministerie kennis rondom de ontwikkeling van diverse bedrijfsvoeringsactiviteiten niet in huis heeft? Zijn er plannen om dit te verbeteren?

Antwoord:

De krapte op de arbeidsmarkt en de tijdelijkheid van bepaalde werkzaamheden spelen hierbij een rol. Het komt dan ook voor dat meerdere departementen behoefte hebben aan dezelfde specialisten. Er zijn zowel plannen die momenteel worden uitgewerkt als lopende projecten om dit te verbeteren.

Vraag 137

Waarom wordt gekozen voor externe inhuur wanneer reguliere werving van vacatures niet direct succesvol verloopt? Waarom kunnen bestaande ambtenaren deze lopende activiteiten niet tijdelijk waarnemen?

Antwoord:

Dit heeft doorgaans te maken met de urgentie van de uitvoering van de werkzaamheden en de beschikbaarheid van ambtenaren met de juiste expertise.

Vraag 138

Bent u zich ervan bewust van het feit dat met deze externe inhuur niet wordt voldaan aan de taakstelling van een meerderheid in de Kamer zoals terug te lezen in het hoofdlijnenakkoord?

Antwoord:

In het hoofdlijnenakkoord is de ambitie uitgesproken om de externe inhuur te verlagen naar de Roemernorm. Dit is een van de onderdelen van de aanpak om de apparaatsuitgaven te verlagen. Het hoofdlijnenakkoord is in 2024 gesloten, en de eerste opbrengst moet in 2025 worden gerealiseerd. Daarmee was er nog geen effect beoogd in 2024, en was het dus mogelijk dat de uitgaven in 2024 boven de Roemernorm lagen.

Vraag 139

Waarom blijft u externe inhuur op grote schaal toepassen, en hoe wordt gewaarborgd dat deze inhuur effectief en kostenefficiënt is?

Antwoord:

VWS staat voor grote en vaak complexe opgaven, waarbij het belangrijk is dat VWS tijdig kan beschikken over de juiste expertise en capaciteit. Hoewel er een blijvende aandacht is voor een goede balans tussen interne en externe inzet, is externe inhuur in sommige gevallen noodzakelijk. VWS neemt deel aan de rijksbrede raamovereenkomsten voor inhuur van professionals. Dit maakt de beschikbaarheid van de juiste profielen voor een effectieve inzet van externen mogelijk. Daarnaast zijn in de raamovereenkomsten maximale tarieven vastgelegd die door marktwerking tot stand zijn gekomen. Dit komt de kostenefficiëntie ten goede.

Vraag 140

Hoe zorgt u voor minder overschrijdingen van het maximumuurtarief? Bent u bereid om expertise te gebruiken van andere ministeries?

Antwoord:

VWS hanteert een signalerings- en afwijkingsprocedure voor het overschrijden van het maximale uurtarief (€ 225 excl. BTW), als er geen andere mogelijkheden meer beschikbaar zijn.

Vanzelfsprekend is deze inhuur voor een zo kort mogelijke termijn bestemd. Wanneer specifieke kennis en capaciteit en expertise bij andere departementen beschikbaar is, wil VWS daar beslist gebruik van maken.