

Vergaderjaar 2024–2025

36 600 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025

Nr. 19

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 16 oktober 2024

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

De vragen zijn op 26 september 2024 voorgelegd aan de Minister en de Staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 16 oktober 2024 zijn ze door de Minister en de Staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Vragen en antwoorden

Vraag 1

Kunt u een overzicht maken van de ombuigingen, positief en negatief, die op Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)-gebied gemaakt zijn sinds de Voorjaarsnota?

Antwoord:

In onderstaand overzicht zijn alle ombuigingen en intensiveringen opgenomen sinds de Voorjaarsnota. De autonome ontwikkelingen (mee- en tegenvallers), zijn niet opgenomen in dit overzicht.

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Begrotingsgefinancierd VWS-begroting						
Terugdraaien intensivering zorg arbeidsmarktbeleid	0	0	- 130	- 130	- 130	- 130
Terugdraaien groei apparaat Rijksoverheid	0	- 19	- 33	- 48	- 63	- 70
SPUK naar GF en PF met 10% budgetkorting	0	0	- 75	- 70	- 66	- 63
Verlagen intensivering publieke gezondheid	0	- 50	- 50	- 150	- 200	- 300
Generieke taakstelling subsidies Rijksbreed	0	- 53	- 124	- 176	- 251	- 252
Generieke budgetkorting op de begroting	0	- 3	- 3	- 3	- 3	- 10
Gedeeltelijke bijstelling loon- en prijsbijstelling	0	- 9	- 9	- 9	- 9	- 9
Inzetten resterende LPO-middelen	0	0	0	- 32	- 7	- 3
Platform mentale gezondheid	0	1	1	1	1	1
Versterking ouderenzorg en ggz (BES eilanden)	1	8	6	5	5	5
Bouwkosten Pallas	5	0	0	0	0	0
Premiegefinancierd VWS-begroting						
Ombuiging op beleid verwarde personen voor derving eigen risico (GGZ)	0	- 3	- 3	- 1	- 1	- 1
Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg	0	0	0	- 250	- 590	- 590
Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging	0	0	0	- 85	- 85	- 85
Versnellen opschalen digitale zorg in de wijkverpleging	0	0	0	- 35	- 85	- 142
Versnellen opschalen digitale zorg in de Wlz	0	0	0	- 45	- 110	- 183
Investeren in betere ouderenzorg	0	0	0	600	600	600
Bevriezen eigen risico 2026	0	0	262	0	0	0
Verlagen eigen risico	0	0	0	4.106	4.345	4.587
Doorontwikkeling kwaliteitskader verpleeghuisczorg	0	200	0	0	0	0
Behandeling Wlz	0	170	0	0	0	0
Meerjarig contracteren	0	245	0	0	0	0
Besparingsverlies tranchering eigen risico	0	200	0	0	0	0
Totaal	6	688	- 157	3.678	3.351	3.356

Vraag 2

Kunt u de ophoging van de volgende posten verklaren: € 2,2 miljard (12%) meer voor ouderenzorg (totaal 19,1 miljard begroot voor 2025 in 2024), € 1,3 miljard (11%) meer voor gehandicaptenzorg wat onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt (totaal 11,5 miljard), € 2 miljard (7%) meer voor medisch specialistische zorg (totaal € 30,5 miljard)? Wat is de reden dat er in 2025 geen onderschrijding wordt verwacht nu de budgetten zo sterk zijn opgehoogd? Op welke manier wordt de gezondheidszorg toekomstbestendig gemaakt waarbij de kosten beperkt ophogen?

Antwoord:

De verhoging van de posten ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de medisch specialistische zorg (MSZ) heeft vooral betrekking op de uitgedeelde loon- en prijsbijstelling en volumegroei. In principe wordt elk jaar de loon- en prijsbijstelling en de volumegroei met de ontwerpbegroting aan deze posten toegevoegd. De loon- en prijsbijstelling en de volumegroei worden geraamd op basis van de macro-economische inzichten van het Centraal Planbureau (CPB). In deze begroting is aan de ouderenzorg € 1,7 miljard aan loon- en prijsbijstelling en volumegroei toebedeeld, aan de gehandicaptenzorg € 1,0 miljard en aan de MSZ is € 1,9 miljard aan loon- en prijsbijstelling toebedeeld (de volumegroei was hier al eerder toebedeeld aan de sector, bij het afsluiten van het IZA).

Daarnaast worden drie bezuinigingen van het vorige kabinet voor 2025 teruggedraaid. Dit betreft de korting op de behandeling Wlz (€ 170 miljoen), doorontwikkeling kwaliteitskader verpleeghuiszorg (€ 200 miljoen) en meerjarig contracteren en budgetafspraken (€ 245 miljoen). Ook is bij de gehandicaptenzorg het budget structureel verhoogd met € 167,5 miljoen vanwege het opvolgen van het kostprijsonderzoek. In de ontwerpbegroting 2025 is in tabel 3 (pagina 199) de verticale ontwikkeling van de Zvw en in tabel 6 (pagina 215) de verticale ontwikkeling van de Wlz een totaalbeeld opgenomen met alle mutaties tussen de ontwerpbegroting 2024 en de ontwerpbegroting 2025.

In de ontwerpbegroting 2025 is de meest recente informatie verwerkt voor de zorguitgaven 2025. Op dit moment verwachten we daarom geen onderen overschrijding voor 2025. Gedurende 2025 ontvangen we nieuwe uitvoeringsinformatie over 2025 van bijvoorbeeld het Zorginstituut en de NZa. Deze uitvoeringsinformatie wordt als daar aanleiding voor is in toekomstige begrotingsstukken verwerkt.

Dit kabinet draagt bij aan houdbare zorgkosten door diverse maatregelen te nemen om ook de groei van de zorguitgaven te beperken. Eén van de maatregelen is om het bestaande zorgakkoord te verbreden, intensiveren en concretiseren in een aanvullend zorg en welzijnsakkoord tot en met 2028 (€ 590 miljoen structurele besparing). Andere maatregelen zijn versnelling van de opschaling van digitale zorg in wijkverpleging (€ 210 miljoen structurele besparing), verpleeg- en gehandicaptenzorg (€ 270 miljoen structurele besparing) en onafhankelijke indicatiestelling van de wijkverpleging (€ 85 miljoen structurele besparing).

Vraag 3

Van welke rapporten, zoals bijvoorbeeld van de Gezondheidsraad en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), worden de adviezen overgenomen?

Antwoord:

Voor het opstellen van de begroting gebruikt de Minister van VWS adviezen en rapportages van de NZa en het Zorginstituut Nederland voor de actualisatie van de uitgaven in de Zvw en Wlz. Over de bescherming van de gezondheid en maatregelen die genomen kunnen worden, laat het kabinet zich adviseren door de Gezondheidsraad. De opvolging en implementatie van deze adviezen is niet altijd mogelijk, omdat hier niet automatisch financiële middelen voor zijn. Om die reden wordt het meegewogen in de kabinetsbrede besluitvorming over de uitgaven. Het Zorginstituut Nederland adviseert daarnaast de Minister van VWS over het basispakket van te verzekeren zorg, de effectiviteit van geneesmiddelen, en de toelating van (dure) geneesmiddelen. Over deze adviezen neemt de Minister een besluit. Daarnaast worden de economische publicaties van het CPB (CEP, MEV en MLT) gebruikt in de actualisatie en de ramingen van de Zvw en Wlz.

Vraag 4

Welke besparingen/verminderde uitgaven uit tabel 18 van de Voorjaarsnota zijn overgenomen en welke niet? Hoeveel is er per post begroot?

Antwoord:

In onderstaande tabel is aangegeven welke maatregelen uit tabel 18 van de Voorjaarsnota zijn overgenomen, en welke niet. Als de maatregelen zijn overgenomen, zijn deze overgenomen voor de reeksen zoals aangegeven in de Voorjaarsnota.

Kabinetsmaatregelen houdbaarheid zorg (Rutte IV)

Toelichting

Passende Zorg

Deze maatregel is overgenomen.

Kabinetsmaatregelen houdbaarheid zorg (Rutte IV)	Toelichting
Vormgeving eigen risico	Deze maatregel is overgenomen. Voor 2025 treedt een besparingsverlies op, omdat de maatregel niet tijdig ingevoerd kon worden. Voor 2026 is deze maatregel opgenomen in de begroting. Vanaf 2027 wordt de maatregel aangepast vanuit het hoofdlijnenakkoord en wijzigt de drempel.
Stimulerings 1,5-lijnszorg	Deze maatregel is overgenomen.
Standaardisatie gegevensuitwisseling	Deze maatregel is overgenomen.
Maatregelen niet-IZA	In de Voorjaarsnota is deze maatregel structureel alternatief gedekt. Deze is maatregel is dus niet overgenomen.
Geneesmiddelenvergoedingssysteem	In de Voorjaarsnota is deze maatregel structureel alternatief gedekt. Deze is maatregel is dus niet overgenomen.
Normerende tarieven	In de Voorjaarsnota is deze maatregel structureel alternatief gedekt. Deze is maatregel is dus niet overgenomen.
Scheiden wonen en zorg	Deze maatregel is overgenomen.
Doorontwikkeling kwaliteitskader	Deze maatregel is overgenomen. Voor 2025 treedt een besparingsverlies op, dat alternatief is gedekt in de VWS-begroting.
Behandeling Wlz	Deze maatregel is overgenomen. Voor 2025 treedt een besparingsverlies op, dat alternatief is gedekt in de VWS-begroting.
Meerjarig contracteren	Deze maatregel is overgenomen. Voor 2025 treedt een besparingsverlies op, dat alternatief is gedekt in de VWS-begroting.
Maatwerk PGB	Deze maatregel is overgenomen.
Inkomensafhankelijke eigen bijdrage Wmo	Deze maatregel is overgenomen.
Besparing jeugdzorg	In het hoofdlijnenakkoord is deze maatregel niet overgenomen.

Vraag 5

Hoe houden kabinet en Kamer in de toekomst zicht op de omvang van, en eventuele verschuivingen tussen, de sectoren rijksbegroting, zorg en investeringen nu deze niet meer afzonderlijk worden genormeerd en gemonitord?

Antwoord:

Het advies van de Studiegroep Begrotingsruimte om te werken met één uitgavenkader is overgenomen in het Hoofdlijnenakkoord. Conform de regels budgetdiscipline is en blijft iedere Minister verantwoordelijk voor een goede beheersing van de departementale begroting. Dit betekent dat tegenvallers binnen de betreffende begroting gedekt moeten worden. Dit geldt ook voor de premiegefinancierde onderdelen van de begroting voor het terrein van de zorg en de sociale zekerheid. Een per saldo meevaller in de uitgaven aan de Zorgverzekeringswet wordt, na saldering met eventuele tegenvallers elders in de zorg en op de VWS-begroting, ingezet voor lastenverlichting via een verlaging van de premies. In de budgettaire nota's werd altijd een horizontale ontwikkeling van de uitgaven gepresenteerd, ook voor Zorg en Sociale Zekerheid. Dat gebeurt ook nu er gewerkt wordt met één uitgavenkader. De horizontale ontwikkeling laat zien hoe de uitgaven zich ontwikkelen over de jaren heen.

Vraag 6

Waar kunnen we de korting van € 300 met betrekking tot pandemische paraatheid terugvinden in de begroting? Welke beleidsveranderingen liggen hieraan ten grondslag?

Antwoord:

Met de maatregel «Verlagen intensivering publieke gezondheid» wordt de intensivering van het vorige kabinet in pandemische paraatheid teruggedraaid. Het betreft o.a. de versterking van GGD-en, infectieziektebestrijding, versterking ICT, coördinatie, internationale samenwerking, en kennis en innovatie. Met de maatregel wordt ook de intensivering in curatieve en langdurige zorg teruggedraaid. Zo ook de intensivering in leveringszekerheid, opleiding van artsen en pandemische paraatheid op de BES eilanden.

De korting van € 300 mln. wordt hierdoor toegepast op diverse beleidsartikelen op de begroting: Volksgezondheid (artikel 1, € 187 mln.), Curatieve zorg (artikel 2, € 60 mln.), Langdurige zorg (artikel 3, € 28 mln.) en Zorgbreed beleid (artikel 4, € 16 mln.).

Het hoofdlijnenakkoord ligt ten grondslag aan de bezuiniging.

Vraag 7

Onder welk begrotingsartikel wordt er geld gereserveerd voor cultuursensitieve zorg en hoeveel budget is er gereserveerd voor initiatieven en opleidingen?

Antwoord:

Voor bevordering van cultuursensitief, ook wel diversiteits sensitief, werken in de zorg staat geld gereserveerd onder artikel 3.3 wat betreft beleidsmaatregelen in de langdurige zorg en 4.2 wat betreft faciliterende en coördinerende maatregelen vanuit de VWS-brede aanpak discriminatie en gelijke kansen. In totaal staat hier in 2025 een budget voor gereserveerd van respectievelijk € 310.000,- en € 900.000,- euro. Er is geen specifiek geld gereserveerd voor opleidingen op het gebied van cultuursensitieve zorg.

Vraag 8

Bent u met de nadere doorrekening voor de terugkeer van verzorgingshuizen voornemens om het scheiden van wonen en zorg op te heffen?

Antwoord:

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is niet voornemens om het scheiden van wonen en zorg op te heffen. Er zijn verschillende groepen ouderen die intensive zorg nodig hebben. Dit kan zowel in het verpleeghuis als buiten het verpleeghuis (met scheiden van wonen en zorg). Het onderzoek naar de verzorgingshuizen is gericht op cliënten die nog niet genoodzaakt zijn te verhuizen naar het verpleeghuis maar wel baat hebben bij verblijf in een gezamenlijk huis met toezicht in de nacht.

Vraag 9

Hoe relateren de zorguitgaven zich de afgelopen tien jaar met het bruto nationaal product (bnp)?

Antwoord:

De afgelopen 10 jaar maken de netto gecorrigeerde zorguitgaven ongeveer tussen de 8% en 10% uit van het bruto nationaal product (BNP). In onderstaande tabel staat de netto gecorrigeerde zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) in relatie tot de ontwikkeling van het BNP in de jaren 2014–2023 met als basisjaar 2013.

Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat de groei van de zorguitgaven wordt beïnvloed door wijzigingen in de definitie van de zorguitgaven (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg naar het gemeentefonds) en door statistische vertekeningen, zoals in 2014 de technische correctie kader jeugd, in 2015 de technische

correctie verkorting DBC-doorlooptijd en in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz. Per 2024 is het Uitgavenplafond zorg (UPZ) afgeschaft. Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen vanaf de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren vanaf 2024 niet meer opgenomen onder de premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Om vergelijkbare cijfers te presenteren zijn deze uitgaven in de onderstaande tabel ook voor de jaren 2013 t/m 2023 gecorrigeerd. In deze uitgaandefinitie zijn de uitgaven uit de artikelen van de VWS-begroting niet meegenomen. De definitie wijkt ook af van de definitie die in de Miljoenennota wordt gehanteerd.

In de cijfers is te zien dat de netto-zorguitgaven bijna ieder jaar stijgen. Het percentage dat de verhouding van de zorguitgaven ten opzichte van het BNP weergeeft fluctueert. Dit wordt met name veroorzaakt door de economische schommelingen. In jaren waar het BNP minder hard groeit of krimpt stijgt het percentage en in de jaren dat het BNP toeneemt vice versa.

Ontwikkeling netto gecorrigeerde zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) in relatie tot ontwikkeling BNP/BNI 2014–2023 (bedragen x € 1 miljard)¹

	Basisjaar 2013	2014 ²	2015 ^{3,4}	2016 ⁴	2017 ⁴	2018 ⁴	2019	2020	2021 ⁵	2022	2023
Netto gecorr. Zorguitgaven (€)	64	64	59	60	62	65	69	74	77	81	87
Groei gecorr. netto zorguitgaven (€)		0	-5	2	2	3	4	4	3	4	6
Groei gecorr. netto zorguitgaven (%)		1%	-8%	3%	3%	5%	7%	6%	4%	5%	8%
BNP/BNI (€)	662	672	689	699	737	782	812	791	902	979	1.059
Groei BNP/BNI (€)		11	16	10	38	45	29	-21	111	77	80
Groei BNP/BNI (%)		2%	2%	1%	5%	6%	4%	-3%	14%	9%	8%
Netto gecorr. zorguitgaven / BNP(BNI) (%)		9,5%	8,5%	8,6%	8,4%	8,3%	8,5%	9,3%	8,5%	8,3%	8,2%

¹ Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen vanaf de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren vanaf 2024 niet meer opgenomen onder de Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Om vergelijkbare cijfers te presenteren zijn deze uitgaven ook voor de jaren 2010 t/m 2023 gecorrigeerd.

² In 2014 zijn de zorguitgaven met € 346 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie kader jeugd.

³ In 2015 zijn de zorguitgaven met € 685 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie verkorting DBC-doorlooptijd.

⁴ De grote daling in 2015 ten opzichte van 2014 wordt met name veroorzaakt door de overheveling van de Wmo en jeugd in 2015 naar de Integratie-uitkering Sociaal Domein (IUSD). De IUSD telde mee in de definitie van de zorguitgaven. Vanaf 2019 zijn de middelen uit de IUSD opgegaan in de Algemene Uitkering van het gemeentefonds en zijn ze geen onderdeel meer van de definitie van de zorguitgaven. Om een vergelijkbare uitgavenreeks te hebben met dezelfde definitie is voor de jaren 2015 t/m 2018 gecorrigeerd voor de IUSD, door deze ook voor deze jaren niet mee te laten tellen onder de definitie die nu wordt gehanteerd in de bijlage Premiegefinancierde Zorguitgaven (PZ).

⁵ De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboeking van de schadelastdip ggz van -€ 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Bron: VWS- en CBS-cijfers

Vraag 10

In welke zorgsector stijgen de zorgkosten het meest hard? In welke sectoren zijn ze stabiel en in welke sectoren nemen ze af?

Antwoord:

Van 2020 op 2024 is de groei van de Zvw-uitgaven in de Begroting 2025 relatief hoog bij Overig curatieve zorg, Paramedische zorg, Multidisciplinaire zorg en Huisartsenzorg. Bij deze sectoren is de totale gemiddelde groei per jaar (volumegroei plus loon- en prijsstijging) hoger dan 7,5%. Een groei lager dan 5% heeft zich voorgedaan bij de zorgsectoren Verloskundige hulp, Kraamzorg en Apotheekzorg. Bij de Wijkverpleging is de groei in de periode 2020–2024 bijna 0%. Deze sector laat vanaf het jaar 2022 wel een groei zien. De overige Zvw-zorgsectoren kennen een volumegroei van tussen de nul en vijf procent. De gemiddelde loon- en

prijswontwikkeling over de periode 2020–2024 bedroeg circa 5 procent. Het restant van de stijging hangt samen met volumeontwikkelingen.

Gemiddelde groei 2020–2024 Zvw-sectoren Ontwerpbegroting 2025

Grootste groeiers	Percentage	Minst grote groeiers	Percentage
Overig curatieve zorg	9,6%	Wijkverpleging	– 0,1%
Paramedische zorg	8,7%	Verloskundige zorg	4,0%
Multidisciplinaire zorg	8,6%	Apotheekzorg	4,0%
Huisartsenzorg	8,2%	Kraamzorg	4,5%
		Med.Spec.Zorg	4,9%

Bij de Wlz-uitgaven is het vanwege een definitiewijziging vanaf begrotingsjaar 2022 niet goed mogelijk om de groei per sector over de periode 2020 tot en met 2024 te presenteren. Daarom is onderstaande de gemiddelde groei over de periode 2022–2024 opgenomen. In die periode is de gemiddelde groei per jaar het hoogst bij overige zorg buiten de contracteerruimte en Langdurige ggz. De minste groei doet zich voor bij Gehandicaptenzorg en Beheerskosten. De hoge groei bij de Langdurige ggz wordt deels veroorzaakt door een beleidswijziging; de openstelling van de Langdurige ggz voor voormalige Wmo-cliënten. De gemiddelde loon- en prijswontwikkeling over de periode 2022–2024 bedroeg circa 6,5 procent. Het restant van de stijging hangt samen met volumeontwikkelingen.

Gemiddelde groei 2020–2024 Wlz-sectoren Ontwerpbegroting 2025

Grootste groeiers	Percentage	Minst grote groeiers	Percentage
Overige zorg buiten contracteerruimte	15,8%	Gehandicaptenzorg	8,4%
Langdurige ggz	13,7%	Beheerskosten	9,9%
Ouderenzorg	11,5%		

Vraag 11

Hoeveel gevoelige ziekenhuizen zijn er en hoeveel beschikbaarheidsbijdrage krijgen ze?

Antwoord:

Op 20 juni 2024 is de Tweede Kamer per brief¹ geïnformeerd over het jaarlijkse rapport van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) met betrekking tot de bereikbaarheid van de spoedeisende hulpafdelingen (SEH's) en locaties waar acute verloskunde (AV) wordt geleverd. In dit rapport is te zien dat in 2024 29 ziekenhuizen voor de SEH gevoelig zijn voor de 45-minutennorm. Voor de afdelingen acute verloskunde zijn in 2024 31 ziekenhuizen gevoelig.

De NZa heeft op 29 april 2024 een publicatie² uitgebracht over de verleningsbedragen voor de beschikbaarheidsbijdrage SEH en Acute verloskunde per instelling in 2024. Op basis van deze publicatie is het totaalbedrag voor de beschikbaarheidsbijdrage SEH circa € 53 miljoen en voor de beschikbaarheidsbijdrage acute verloskunde circa € 54 miljoen in 2024. Deze cijfers betreffen de hoogte van de verlening 2024. De definitieve hoogte van de beschikbaarheidsbijdragen wordt op een later moment vastgesteld

Vraag 12

¹ Kamerstukken II 2023/2024, 29 247, nr. 454

² Hoogte beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende hulp en acute verloskunde Verlening 2024 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

Kunt u toelichten welke aannames met betrekking tot de bezuinigingen op sport onjuist of onvolledig waren, zoals u in een item van Nieuwsuur 10 augustus jl. heeft toegelicht?

Antwoord:

De subsidietaakstelling is bij wijze van techniek ingeboekt op de begroting van VWS. Daarbij zijn geen inhoudelijke keuzes gemaakt. De Minister van VWS zal voor de begrotingsbehandeling uw kamer informeren over de concrete invulling van de subsidietaakstelling op de VWS-begroting.

Vraag 13

Kunt u omschrijven welke veranderingen zijn doorgevoerd, waaruit blijkt dat de aannames met betrekking tot sportbezuinigingen onjuist of onvolledig waren?

Antwoord:

De maatregelen uit het hoofdlijnenakkoord zijn voorlopig verwerkt op de begroting van VWS. Voor subsidietaakstelling is in de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren 2026 en verder de taakstelling nog niet beleidsmatig ingevuld. Wel is er een korting naar rato opgenomen om alvast meerjarig budgettair de taakstelling te verwerken. Ook op artikel 6 is deze korting technisch doorgevoerd. Dat zegt nog niets over de daadwerkelijke korting. Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van wijziging op de ontwerp-begroting waarin ook de beleidsmatige invulling aan uw Kamer wordt getoond.

Vraag 14

Bij hoeveel en welke gesprekken, werkbezoeken, andere activiteiten van u als Minister is Maurice de Hond aanwezig geweest? Heeft Maurice de Hond een vergoeding ontvangen voor zijn werkzaamheden? Kan worden uitgesplitst voor welke diensten een vergoeding is ontvangen?

Antwoord:

Op uitnodiging van de Minister van VWS is dhr. De Hond in juli aanwezig geweest bij een inspiratiesessie rond het thema vermindering regeldruk met name als het gaat om de mogelijkheden van artificial intelligence. De Minister vond de aanwezigheid van dhr. de Hond waardevol en inspirerend. dhr. De Hond heeft daar geen vergoeding voor ontvangen.

Vraag 15

Kunt u aangeven of Maurice de Hond, naast de afspraak met u als Minister op 10 juli jl., aanwezig was bij andere afspraken? Zo ja, welke afspraken? En welke rol had Maurice de Hond bij deze afspraken?

Antwoord:

Geen.

Vraag 16

Wat is de aanleiding voor het korten op abortusklinieken vanaf het jaar 2026, aangezien er in 2024 € 25 miljoen subsidie wordt verstrekt en in 2026 dit is gedaald naar € 18 miljoen?

Antwoord:

Met deze meerjarige begrotingsreeks is geen korting op abortusklinieken voorzien. Het budget voor abortusklinieken is over 2024 en 2025 incidenteel verhoogd. Abortusklinieken worden gefinancierd uit de subsidieregeling abortusklinieken middels een p*_q systematiek. Dat betekent dat de totale kosten van abortuszorg per jaar kunnen verschillen, onder invloed van stijgende of dalende abortuscijfers en ook onder invloed van indexering van de tarieven voor de abortusbehandelingen.

Vraag 17

Welke concrete plannen zijn er tot dusverre bekend om de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) op korte termijn terug te dringen?

Antwoord:

De wachttijden in de ggz zijn een groot maatschappelijk vraagstuk, waar we de komende periode forse stappen op willen zetten. Zo maken we nu al werk van het versterken van de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisarts en de ggz vanuit mentale gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken. Ook verbeteren we het (regionaal) inzicht in wachttijden en de inkoop van voldoende (zeer) complexe psychische zorg vanuit het traject cruciale ggz. Bovenop deze maatregelen zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie & Sport de komende periode aanvullende afspraken met het veld maken in het kader van het Zorg en Welzijnsakkoord. Dit vraagt om keuzes hoe we de bestaande capaciteit daar inzetten waar ze de meeste impact hebben.

Om dit te bereiken zal worden gekeken naar andere vormen van financiering en inkoop, de contractering en het voorkomen van zorg door het sociaal domein een stevige positie te bieden. Zo willen we de komende jaren de wachttijden in de ggz terugdringen en zorgen dat de mensen die dat het hardste nodig hebben tijdig aan de juiste zorg en ondersteuning komen. Voor 2025 en 2026 is jaarlijks 30 miljoen euro toegevoegd aan het macrokader ggz om de wachtlijsten terug te dringen.

De wachttijden in de GGZ zijn een groot maatschappelijk vraagstuk, waar we de komende periode forse stappen op willen zetten. In de afgelopen periode is daartoe al het nodige ondernomen, maar dat is nog niet voldoende geweest om de wachttijden in de GGZ significant terug te dringen. De Staatssecretaris JPS is bezig met een werkagenda mentale gezondheid en ggz waar de aanpak van de wachttijden in de GGZ onderdeel van is. Dat zal gaan volgens de lijn: 1) voorkomen van mentale problemen, 2) voorkomen van instroom in de GGZ, 3) verbeteren van financiering en inkoop en 4) bevorderen van uitstroom.

Daarbij zijn twee dingen van belang op te merken: 1) we zullen het moeten doen met de arbeidscapaciteit die we nu hebben. Er is geen zicht op een capaciteitsverhoging door de arbeidsmarkttekorten in de zorg. En 2) als we de wachttijden in de GGZ willen terugbrengen zal dit (soms harde) keuzes vergen. De wachttijden gaan niet vanzelf omlaag. De Staatssecretaris JPS informeert u in Q1 over de werkagenda mentale gezondheid & ggz en de aanpak van de wachttijden.

Vraag 18

Hoe verhoudt zich het voornemen om gezondheidsverschillen te verkleinen door preventie zich tot de € 300 miljoen euro bezuinigingen op publieke gezondheid? Welke preventie programma's zullen het hardst geraakt worden en op basis van welke argumenten of analyse is deze keuze gemaakt? Hoe worden de gevolgen opvangen?

Antwoord:

In het regeerprogramma is een verlaging afgesproken van de intensiveringen publieke gezondheid en infectieziektebestrijding (oplopend naar structureel € 300 mln.). Deze verlaging wordt volledig ingeboekt op het beleidsprogramma pandemische paraatheid en treft dus geen andere preventie-onderdelen binnen het Ministerie van VWS.

Vraag 19

Kan worden aangegeven hoeveel er gekort wordt op subsidies aan patiëntenorganisaties? Welke patiëntenorganisaties worden hierdoor geraakt?

Antwoord:

In de ontwerpbegroting 2025 is voor de jaren 2026 en verder de taakstelling naar rato over alle subsidiebudgetten ingevuld. Ook op de patiënt- en gehandicaptenorganisaties is deze korting doorgevoerd. Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van wijziging op de ontwerpbegroting waarin de beleidsmatige invulling aan uw Kamer wordt voorgelegd. Dit leidt mogelijk tot herschikkingen van de subsidiebudgetten. Met de nota van wijziging wordt uw Kamer nader geïnformeerd en

wordt ook duidelijk wie te maken krijgt met deze taakstelling. U ontvangt de nota van wijziging vóór de begrotingsbehandeling.

Vraag 20

Bij hoeveel en welke ambtelijke trajecten is Maurice de Hond op enige manier betrokken is geweest?

Antwoord:

Op uitnodiging van de Minister van VWS is dhr. De Hond in juli aanwezig geweest bij een inspiratiesessie rond het thema vermindering regeldruk met nadruk op de mogelijkheden van artificial intelligence.

Vraag 21

Wanneer en op welke wijze wordt vervolg gegeven aan het project «Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen» en genoemde oplossingsrichtingen?

Antwoord:

De impact van sommige genoemde maatregelen in het eindverslag van het project «Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen» zijn groot. Met name een eventuele uitbreiding van het basispakket met mondzorg. Daarom is hierover een adviestraject uitgezet bij het Zorginstituut. Het adviestraject heeft twee fases: een eerste verkennende en een tweede inhoudelijke fase. De verkennende fase zal naar verwachting eind 2026 gereed zijn.

Parallel aan het adviestraject worden gerichtere maatregelen uitgewerkt, zoals ook genoemd in het eindverslag. Op dit moment loopt hiervoor een pilot met gemeenten, zorgverzekeraars en mondzorgverleners. Deze pilot loopt tot het voorjaar van 2025. In deze pilot wordt gekeken naar een betere inzet van gemeentelijke regelingen, zoals de gemeentepolis. Tegelijk wordt hierbij ook gekeken naar de mogelijkheden voor een landelijke regeling. Daarnaast wordt in (een deel van) deze gemeenten gewerkt aan het versterken van sociale vangnetten en er wordt gewerkt aan doelgroepgerichte voorlichting.

De Minister van VWS zal u over de uitkomsten van deze pilot uiterlijk in het voorjaar van 2025 informeren. Zij zal in deze brief ook ingaan op de aanbeveling om hernieuwde aandacht te geven aan de mondgezondheid in de publieke gezondheid.

Vraag 22

Hoeveel mensen in Nederland hebben op dit moment geen vast huisarts vanwege tekorten?

Antwoord:

Op dit moment is alleen bekend hoe groot het aantal mensen is dat zich meldt bij hun zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling omdat zij geen (nieuwe) huisarts kunnen vinden. Deze informatie is terug te vinden in de monitor Toegankelijkheid van Zorg van de NZa. De meest recente cijfers (maart 2024) laten zien dat 4573 mensen zich hebben gemeld bij hun zorgverzekeraar.

Om in beeld te brengen hoeveel mensen op zoek zijn naar een (nieuwe) huisarts, laat de Minister van VWS onderzoek doen door het Nivel. Dit onderzoek zal in het vierde kwartaal van dit jaar met uw Kamer worden gedeeld.

Vraag 23

Hoeveel huisartsen zijn er bereid om praktijkhouder te worden, maar doen dit nu niet vanwege financiële lasten?

Antwoord:

Dit is niet bekend. Wel is bekend dat van huisartsen in opleiding 83% aangeeft binnen 10 jaar praktijkhouder te willen worden. Dat in de praktijk minder huisartsen deze stap zetten heeft veel verschillende oorzaken. Financiële drempels kunnen daar ook onderdeel van zijn. De bekostiging

van de huisartsenzorg biedt echter veel ruimte om goede afspraken te maken tussen zorgverzekeraar en startend praktijkhouder om dit geen belemmering te laten zijn.

Vraag 24

Zit de opleiding tot huisarts doorgaans vol? Is hier nog ruimte om extra op te leiden?

Antwoord:

De opleidingscapaciteit huisartsenzorg is in lijn met het advies van het Capaciteitsorgaan sterk opgehoogd. Stapsgewijs wordt toegewerkt naar het advies van het Capaciteitsorgaan, dit ingroeimodel is in overleg met de huisartsenopleidingen vormgegeven. Naast opleiders en praktijkopleiders (opleidingsinstellingen) zijn er voldoende goede kandidaten nodig en die zijn volgens Huisartsen Opleiding Nederland (HON) niet per direct in voldoende mate beschikbaar. Op dit moment worden er meer opleidingsplekken aangeboden dan dat er kandidaten instromen. Vanuit VWS loopt een brede campagne (the next level dokter) om te stimuleren dat meer mensen een artsenberoep buiten het ziekenhuis kiezen. Dit heeft al effect. Voor de wervingsronde van september 2024 zijn er net als in de voorgaande ronde 442 opleidingsplekken aangeboden en zijn er 380 kandidaten geplaatst. Dit zijn er 48 meer dan in de vorige wervingsronde, een stijging van ca. 14%.

Vraag 25

Bent u bereid de invoering van de Landsverordening Normering Topinkomens (LNT) weer terug te draaien? Zo niet, op welke wijze gaat u het tekort aan medisch personeel oplossen?

Antwoord:

Curaçao, Aruba en Sint-Maarten zijn als autonome landen in het Koninkrijk, zelf verantwoordelijk voor hun regelgeving ten aanzien van de normering van topinkomens en derhalve is het niet aan de bewindslieden van VWS om hierin te handelen of iets van te vinden. Voorts wordt u gewezen op de recente antwoorden (23 september 2024, 2024ZD33439 en 2024Z12537) op vragen van de leden Bruyning en Jansen (beiden Nieuw Sociaal Contract) en Vragen van de leden White en Bushoff (beiden GroenLinks-PvdA) aan de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de ziekenhuiszorg op Curaçao.

Vraag 26

Wat is de status van de uitbreiding van het Mobiel Medisch Team (MMT) in Nederland?

Antwoord:

Op dit moment werkt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de juridische en financiële consequenties van de mogelijke uitbreiding van MMT-zorg uit.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) doet een kostenonderzoek naar de mogelijke uitbreiding van MMT-zorg en levert dit advies uiterlijk 1 december 2024 op. Daarnaast werkt de NZa aan een advies over de bekostiging van deze zorg en voert zij een marktverstoringstoets uit. Aan de NZa is verzocht het advies uiterlijk 1 maart 2025 op te leveren. Ook is het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) verzocht een nadere analyse te doen binnen welk tijdsbestek een mogelijke uitbreiding gerealiseerd kan worden. De uitkomsten hiervan worden verwacht in Q4 van 2024. Op basis van de adviezen van de NZa, de analyse van het LNAZ en inzicht in eventuele financiële gevolgen en mogelijkheden voor de dekking daarvan, zal de Minister van VWS naar verwachting in het voorjaar van 2025 een besluit kunnen nemen over de mogelijke uitbreiding van de MMT-zorg.

Vraag 27

Welke plannen heeft u om, naast Artificial Intelligence (AI) en het verminderen van de administratieve lasten, te zorgen voor meer fysiek personeel op de werkvloer?

Antwoord:

Om de toegankelijkheid van de zorg overeind te houden heeft het aanpakken van de personeelskrapte in zorg en welzijn voor de Minister van VWS grote prioriteit. De prognose is dat er in 2033 een tekort zal zijn van ongeveer 200.000 medewerkers in zorg en welzijn. Het is onmogelijk om deze arbeidsmarkttekorten af te wenden door steeds meer mensen van buiten de zorg aan te trekken, bij andere sectoren zijn immers ook grote tekorten. We zullen het moeten doen met de mensen die nu al in de zorg werken en de natuurlijke aanwas, gelet op de tekorten is meer fysiek personeel op de werkvloer geen realistisch streven.

Om de medewerkers in zorg en welzijn te ondersteunen bij de veranderende zorg en het opvangen van de vergrijzing wordt de komende periode stevig ingezet op vermindering van administratieve lasten en het gebruik van technologie zoals AI. Dit moet ertoe leiden dat er meer tijd ontstaat om aan patiënten en cliënten te besteden. Om medewerkers te behouden voor de sector is het daarnaast nodig om medewerkers zo goed mogelijk te ondersteunen in hun ontwikkeling tijdens hun loopbaan. De leidraad vakmanschap en werkplezier, die de Minister van VWS voor het jaar uitwerkt, draagt daaraan bij. Daarin wordt enerzijds uiteengezet hoe wordt gewerkt aan een toekomstbestendige vormgeving van de bekostiging van de verschillende opleidingen, waaronder medische vervolgoopleidingen en bij -en nascholing zodat dit ook voor de toekomst geborgd wordt. Door de dubbele vergrijzing en de in gang gezette beweging van steeds meer zorg buiten het ziekenhuis is het belangrijk om voldoende en goed toegerust zorgpersoneel op te leiden, bijvoorbeeld voor de palliatieve zorg. Naast aandacht voor loopbaanontwikkeling gaat de leidraad ook in op het vergroten van werkplezier zodat medewerkers behouden blijven voor zorg en welzijn en daar een fijne werkomgeving hebben. Goed werkgeverschap is een aangelegenheid voor werkgevers, de leidraad ziet op sectorbrede vraagstukken die niet door individuele werkgevers kunnen worden opgelost zoals het tegengaan van schijnzelfstandigheid en een betere verhouding tussen vast en flexibel personeel, de mogelijkheid om bij meerdere organisaties en op meerdere plekken in de regio te kunnen werken, meer autonomie voor medewerkers, slimme manieren van roosteren en het voorkomen van agressie en verzuim.

Vraag 28

Wat gaat u eraan doen om werken in de zorg aantrekkelijker te maken?

Antwoord:

In het regeerprogramma staat dat het kabinet gaat inzetten op de arbeidsmarkttekorten in zorg en welzijn. Een aanpak op de arbeidsmarkttekorten gaat hand in hand met een aanpak om werken in de zorg aantrekkelijker te maken. De Minister van VWS gaat het werken in de zorg aantrekkelijker maken langs drie lijnen:

1. het streven is de administratietijd in 2030 te halveren, onder andere door in te zetten op AI;
2. «de juiste inzet van medewerkers» is erop gericht om de beschikbare medewerkers, in samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers, zo efficiënt mogelijk in te zetten. Het gaat hierbij onder andere om arbitrage tussen zorgwetten en over verschillende vormen van innovatieve zorg.
3. het «vergroten vakmanschap en werkplezier». Voor het einde van het jaar werken we een leidraad vakmanschap en werkplezier uit. Het gaat hierbij o.a. om het belang van adequaat opleiden, autonomie en vertrouwen in de medewerker, de balans tussen vast / flexibel personeel, regionaal werkgeverschap en het tegengaan van agressie.

Vraag 29

Gaat u zorgen voor meer opleidingsplaatsen voor (gespecialiseerd)-zorgpersoneel? Zo ja, hoe?

Antwoord:

Bij de opleidingen waarvoor opleidingsplaatsen beschikbaar worden gesteld, wordt zoveel mogelijk het advies van het Capaciteitsorgaan gevolgd. Zo worden tekorten voorkomen en waar nodig weggewerkt. Voor de verpleegkundige vervolgo opleidingen en opleidingen voor medisch ondersteunende beroepen is de beschikbaarheidsbijdrage een open einde regeling, zonder maximum aantal opleidingsplekken. Voor veel van deze opleidingen loopt de instroom wel achter bij de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Mede daarom wordt per 1 januari 2025 bekostiging volgens het modulaire opleidingssysteem ingevoerd. Modulair opleiden draagt bij aan meer flexibel personeel binnen specialistische clusters, snellere inzetbaarheid en opleidingen die beter aansluiten bij de veranderende zorgvraag.

Vraag 30

Hoe kan het dat er opleidingsplaatsen voor spoedeisende hulpartsen (SEH)- artsen, welke schaars zijn, worden vergeven aan Defensie (onder andere regio Noord)?

Antwoord:

De opleidingsplaatsen voor spoedeisende hulpartsen (SEH arts) worden bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage. Dit instrument is een subsidie ten behoeve van het zorgstelsel, waarvoor VWS verantwoordelijk is. Op dit moment maakt Defensie geen gebruik van de subsidiabele opleidingsplaatsen die door de Minister van VWS beschikbaar worden gesteld. In het verleden kwam het sporadisch voor dat de beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgo opleidingen werd ingezet ten behoeve van de bekostiging van vervolgo opleidingen van zorgpersoneel in dienst van Defensie. In 2022 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit na overleg met de betrokken ministeries expliciet in haar regelgeving opgenomen dat het niet langer is toegestaan om de beschikbaarheidsbijdrage in te zetten ten behoeve van opleidingen van zorgpersoneel van Defensie. Om onevenredige gevolgen te voorkomen is de afspraak gemaakt dat de enkele zorgprofessionals van Defensie die vóór 2022 zijn gestart met hun vervolgo opleiding en waarvoor een beschikbaarheidsbijdrage is toegekend, gedurende hun opleiding in aanmerking kunnen blijven komen voor een beschikbaarheidsbijdrage.

Vraag 31

Wanneer een opleidingsplaats voor een SEH-arts wordt vergeven aan een arts van Defensie, hoe vindt deze bekostiging dan plaats?

Antwoord:

Als het Ministerie van Defensie spoedeisende hulp artsen wil opleiden, dan worden deze professionals bovenformatief opgeleid. Dat betekent dat het Ministerie van Defensie apart afspraken maakt met ziekenhuizen over het opleiden, buiten het bekostigingssysteem van VWS om.

Vraag 32

Is er budget voor de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen (VVT)-sector beschikbaar om verletkosten in het kader van het opleiden tot verpleegkundig specialist Ouderenzorg (deels) te compenseren? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoeveel en in welke omvang wordt hier gebruik van gemaakt?

Antwoord:

Ja er is budget beschikbaar om verletkosten die gemaakt worden door vvt-instellingen in het kader van opleiden van Verpleegkundige Specialist (VS) voor de ouderenzorg te compenseren. VS'ers in de vvt-sector doen belangrijk werk ter verbetering van de kwaliteit van zorg en ter

ontlasting van de huisarts en de specialist ouderenzorg. De opleidingsplekken voor VS'ers worden beschikbaar gesteld door OCW, daarnaast heeft VWS een subsidieregeling voor werkgeverskosten in het kader van de opleiding. Hiervoor is 38 miljoen beschikbaar voor 2025 en deze middelen worden nagenoeg volledig benut. De afgelopen jaren vroegen alle vvt-instellingen die VS'ers opleiden deze aan. Daarnaast subsidieert VWS vanuit het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging een project van de HAN University of Applied Sciences waarbij zorgaanbieders worden gestimuleerd om extra opleidingsplaatsen aan te bieden om 30 VS'ers in de wijkverpleging op te leiden (met mogelijkheid ophoging naar 45 plaatsen). Hiermee doen meer vvt-instellingen ervaring op met (het opleiden van) VS'en zodat zij beter toegerust zijn om gebruik te gaan maken van de extra beschikbare opleidingsplaatsen. Daarnaast wordt binnen het project ook ingezet op positionering van de VS'ers in de wijkverpleging.

Vraag 33

Wat is de verwachte onderuitputting op de inkomsten premiebetalingen zorgverzekeringen voor 2024 en waar zijn de niet uitgegeven middelen op ingezet?

Antwoord:

De premie-inkomsten voor de Zvw bestaan uit de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage. De raming van de verwachte premieopbrengsten in de ontwerpbegroting geeft een zo goed mogelijke inschatting van de daadwerkelijke te verwachten premieopbrengsten, gegeven de verwachte zorguitgaven die gefinancierd moeten worden. Vanwege de scheiding van inkomsten en uitgaven leiden hogere of lagere premieopbrengsten niet tot hogere of lagere uitgavenkaders.

De opbrengsten uit de inkomensafhankelijke bijdrage vallen in 2024 naar verwachting € 0,1 miljard lager uit dan in de ontwerpbegroting 2024 verwacht en de opbrengsten uit de nominale premie in 2024 vallen naar verwachting € 0,7 mld. lager uit dan verwacht bij de ontwerpbegroting 2024. De lagere opbrengsten uit de inkomensafhankelijke bijdrage leiden tot lagere inkomsten voor het Zorgverzekeringsfonds. Een per saldo overschot of tekort in het fonds wordt in latere jaren gecorrigeerd via het verhogen of verlagen van de inkomensafhankelijke bijdrage en de nominale premie. De nominale premies worden betaald aan verzekeraars. Verzekeraars stellen zelf de nominale premie vast. Daarbij maken zij een eigen inschatting van hoeveel nominale premie zij moeten vragen om de zorguitgaven te kunnen betalen.

Vraag 34

Wat is de verhouding tussen private equity en commerciële zorginstellingen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de precieze informatie die u vraagt. In onderstaande tabel is het aandeel private equity in de zorg weergegeven, uitgedrukt in percentages van de totale omzet binnen de Zvw en Wlz (en binnen de verschillende sectoren) in 2022 (bron: EY, onderzoek naar private equity in de zorg, 8 april 2024). Het ministerie beschikt echter niet over dezelfde informatie met betrekking tot commerciële zorginstellingen. Hierdoor kan er geen antwoord gegeven worden over de verhouding tussen private equity en commerciële zorginstellingen.

Aandeel private equity in wettelijke geldstromen Zvw en Wlz per sector in 2022

	Private Equity Participatie Zorgverzekeringswet ¹	Private Equity participatie Wet langdurige zorg ¹
Medisch specialistische zorg	~3,75%	~1,16%

	Private Equity Participatie Zorgverzekeringswet ¹	Private Equity participatie Wet langdurige zorg ¹
Verpleeg- en Verzorgingshuizen en thuiszorg	~0,73%	~0,55%
Geestelijke gezondheidszorg	~2,20%	~0%
Gehandicaptenzorg	~0%	~0%
Huisartsenzorg	~<1%	-
Kraamzorg	~20–25%	-
Paramedische zorg	~4–10%	-
Mondzorg	~19–26%	-

¹ betreft percentages van de totale geldstromen in euro's

Vraag 35

Wat is de verhouding tussen het aantal private equity/commerciële zorgpartijen en het aantal reguliere zorgpartijen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de precieze informatie die u vraagt. In onderstaande tabel is het aandeel private equity in de zorg weergegeven, uitgedrukt in percentages van de totale omzet binnen de Zvw en Wlz (en binnen de verschillende sectoren) in 2022 (bron: EY, onderzoek naar private equity in de zorg, 8 april 2024). Het ministerie beschikt echter niet over dezelfde informatie met betrekking tot commerciële zorginstellingen (inclusief private equity). Hierdoor kan er geen antwoord gegeven worden over de verhouding tussen commerciële zorgpartijen (inclusief private equity) en het aandeel reguliere zorgpartijen.

Aandeel private equity in wettelijke geldstromen Zvw en Wlz per sector in 2022

	Private Equity Participatie Zorgverzekeringswet ¹	Private Equity participatie Wet langdurige zorg ¹
Medisch specialistische zorg	~3,75%	~1,16%
Verpleeg- en Verzorgingshuizen en thuiszorg	~0,73%	~0,55%
Geestelijke gezondheidszorg	~2,20%	~0%
Gehandicaptenzorg	~0%	~0%
Huisartsenzorg	~<1%	-
Kraamzorg	~20–25%	-
Paramedische zorg	~4–10%	-
Mondzorg	~19–26%	-

¹ betreft percentages van de totale geldstromen in euro's

Vraag 36

Welke winsten hebben commerciële zorgpartijen gemaakt, welk deel daarvan is direct teruggevloeid naar de zorg en welk deel naar aandeelhouders, obligaties of dividenden?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de precieze informatie die u vraagt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het bedrijfsresultaat (de bedrijfsopbrengsten minus de bedrijfslasten, exclusief het saldo van financiële en buitengewone baten en lasten) van instellingen met minimaal tien werknemers in verschillende zorgsectoren in 2022. Het ministerie beschikt niet over een uitsplitsing van deze categorieën van zorgsectoren naar commerciële en niet-commerciële zorgpartijen. Ook beschikt het ministerie niet over de gevraagde informatie van welk deel van de behaalde resultaten direct is teruggevloeid naar de zorg en welk deel naar aandeelhouders, obligaties of dividenden.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)	2022 ¹
Universitair medische centra	227
Algemene ziekenhuizen	482
Categorale ziekenhuizen	24
GGZ met overnachting	83
Gehandicaptenzorg	210
Jeugdzorg met overnachting	- 10
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	- 1
Ambulante jeugdzorg	1
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	380

¹ voorlopige cijfers

Bron: CBS Statline, tabel Zorginstellingen; financiën en personeel

Vraag 37

Hoe wordt uitvoering gegeven aan de met algemene stemmen aangenomen motie-Claassen/Jansen (Kamerstuk 32 805, nr. 183) over verkorting van de post-sluisperiode?

Antwoord:

Het is voor patiënten belangrijk dat geneesmiddelen met een toegevoegde waarde voor hun behandeling snel beschikbaar zijn. De Minister van VWS ziet dat een zo kort mogelijke procedure daarbij van belang is. Er zijn drie processtappen die mogelijk na afronding van de sluisprocedure tijd vragen voordat het geneesmiddel daadwerkelijk bij de patiënt komt. Zo beoordelen zorgverzekeraars in principe alleen dossiers waar het Zorginstituut geen beoordeling van heeft gedaan. Bij een behandeling met meerdere geneesmiddelen kan het voorkomen dat er toch nog een beoordeling plaatsvindt door zorgverzekeraars, als een van deze geneesmiddelen niet in de sluis zat. Zorgverzekeraars kijken dan naar de effectiviteit van deze combinatiebehandeling.

Na de sluis is sprake van het reguliere inkoopproces van ziekenhuizen en zorgverzekeraars, waar bijvoorbeeld wordt gekeken naar eventuele meer doelmatige alternatieven en of het geneesmiddel in een expertisecentrum moet worden toegepast.

Ten derde kan het zijn dat de beroepsgroep onderzoek doet en/of afspraken maakt om de doelmatige en juiste inzet van de geneesmiddelen te bevorderen en te borgen. Artsen willen dan zelf eerst nog afspraken maken binnen de wetenschappelijke vereniging over start-/stopcriteria en welke patiënten worden behandeld.

In de ontwikkeling van toekomstbestendig pakketbeheer werkt de Minister van VWS er aan om partijen en artsen eerder te betrekken. Ook zal de Minister van VWS de post sluisperiode in reguliere overleggen met onder andere de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG), Zorginstituut Nederland en Zorgverzekeraars Nederland adresseren. De Minister van VWS heeft u hierover onlangs geïnformeerd.³

Vraag 38

Hoeveel bedraagt de beoogde kostengroeibeperking van dure geneesmiddelen naar aanleiding van het uitvoeren van doelmatigheidsonderzoek geneesmiddelen (€ 1,9 miljoen in 2025)?

Antwoord:

De Minister van VWS stelt als voorwaarde voor financiering van doelmatigheidsonderzoek naar geneesmiddelen dat de kosten van de studie gedurende de looptijd van de studie al terugverdiend worden. De exacte besparing die beoogd wordt in 2025 is alleen nog niet bekend. Op dit moment is namelijk niet duidelijk naar welk(e) geneesmiddel(en) onderzoek gedaan zal worden. Het bedrag dat er bespaard wordt, hangt af

³ Kamerstukken II 2024/25, 29477 nr. 909

van de kosten die er voor dat geneesmiddel per jaar gemaakt worden en wat er in het onderzoek onderzocht wordt. Een voorbeeld: een geneesmiddel kost per jaar 100 miljoen en in het doelmatigheidsonderzoek is aangetoond dat de dosering met 10% omlaag kan. Dan is de besparing 10 miljoen. In de loop van volgend jaar wordt duidelijk naar welke geneesmiddelen de studies uitgevoerd zullen worden.

Vraag 39

Wat zijn de tijdslijnen voor de verdere uitwerking van het «toekomstbestendig stelsel voor de vergoeding van nieuwe dure geneesmiddelen uit het basispakket»?

Antwoord:

De Minister van VWS verwacht dat uiterlijk per 1 januari 2027 alle plannen om het pakketbeheer voor dure geneesmiddelen te verbeteren geïmplementeerd zijn. Het Ministerie van VWS is met veldpartijen in gesprek over welke onderdelen van het verbeterde stelsel eerder geïmplementeerd kunnen worden. De verwachting is dat deze gesprekken dit najaar worden afgerond. Zoals eerder is toegezegd informeert de Minister van VWS uw Kamer voor het einde van het jaar uitgebreider over de stand van zaken en tijdslijnen van dit traject.⁴

Vraag 40

Hoeveel bedraagt het budget voor het uitvoeren van doelmatigheidsonderzoek geneesmiddelen voor de jaren 2026, 2027 en 2028? Welke reductie in kostengroei wordt hiermee per jaar beoogd?

Antwoord:

Het budget voor het uitvoeren van doelmatigheidsonderzoek voor geneesmiddelen in de jaren 2026, 2027 en 2028 is als volgt:

2026	2027	2028
€ 3,6 miljoen	€ 4 miljoen	€ 4,8 miljoen

De exacte besparingen die beoogd worden zijn nog niet bekend. Op dit moment is namelijk niet duidelijk naar welke geneesmiddelen onderzoek gedaan zal worden. Het bedrag dat er bespaard wordt, hangt af van de kosten die er voor dat geneesmiddel per jaar gemaakt worden en wat er in het onderzoek onderzocht wordt. Een voorbeeld: een geneesmiddel kost per jaar 100 miljoen en in het doelmatigheidsonderzoek is aangetoond dat de dosering met 10% omlaag kan. Dan is de besparing 10 miljoen. In de loop van volgend jaar wordt duidelijk naar welke geneesmiddelen de studies uitgevoerd zullen worden.

Vraag 41

Hoeveel bedraagt de vertrouwelijke uitgavenverlaging (totaal aan terugbetaalde kortingen op basis van de financiële arrangementen) aan dure geneesmiddelen in de jaren 2020, 2021, 2022, 2023 en 2024 en aan welke begrotingsposten komen deze opbrengsten ten goede?

Antwoord:

Met de voortgangsbrief financiële arrangementen geneesmiddelen wordt de Tweede Kamer jaarlijks geïnformeerd over de uitgavenverlagingen door financiële arrangementen voor zowel intramurale als extramurale geneesmiddelen. In de meest recente voortgangsbrief (Kamerstukken II 2023/24, 29 477, nr. 898) zijn de uitgavenverlagingen door financiële arrangementen gerapporteerd tot en met het jaar 2022. De gevraagde informatie is niet beschikbaar voor de jaren 2023 en 2024 omdat de declaratiegegevens voor die jaren niet compleet zijn. De declaratiege-

⁴ Kamerstukken II 2023/24/ 29 477, nr. 883

gevens zijn nodig om de uitgavenverlaging te berekenen. De vertrouwelijke uitgavenverlaging door financiële arrangementen was € 376,4 mln. in 2020, € 433,6 mln. in 2021 en € 530,7 mln. in 2022. De uitkomsten van 2022 zijn vastgesteld op basis van voorlopige declaratiegegevens, daarop volgt nog een bijstelling in de eerstvolgende voortgangsbrief. De Tweede Kamer zal in de eerste helft van 2025 opnieuw geïnformeerd worden over de financiële arrangementen aan de hand van een nieuwe voortgangsbrief. Voor de intramurale financiële arrangementen komen de opbrengsten ten goede aan het kader medisch-specialistische zorg (MSZ) en voor extramurale financiële arrangementen aan het kader apotheekzorg.

Vraag 42

Hoeveel (her)beoordelingen van geneesmiddelen verwacht het Zorginstituut in 2025, 2026, 2027, 2028 te doen en wat is de prognose voor de effecten hiervan op de doorlooptijden van geneesmiddelen in de sluis?

Antwoord:

Het Zorginstituut kan op voorhand niet precies bepalen hoeveel geneesmiddelenbeoordelingen er de komende jaren uitgevoerd zullen worden en hoeveel capaciteit daarvoor nodig is. Er zijn een paar factoren die van invloed zijn op het precieze aantal. Zo start een beoordeling pas als een fabrikant een compleet vergoedingsdossier indient. Daarbij geldt dat voor lang niet alle (sluis)geneesmiddelen een (compleet) vergoedingsdossier wordt ingediend. Daarnaast is het ene vergoedingsdossier eenvoudiger en sneller te beoordelen dan een het andere dossier.

Het Zorginstituut past twee strategieën toe om voldoende capaciteit beschikbaar te hebben. Ten eerste kijkt het Zorginstituut met Horizon-scanning vooruit hoeveel nieuwe geneesmiddelen er de komende jaren op de Nederlandse markt kunnen komen. Het Zorginstituut bekijkt of haar beoordelingscapaciteit daarop aangepast moet worden en of ze daarvoor de juiste expertise heeft. Ten tweede is er flexibiliteit binnen het takenpakket van het personeel dat beoordelingen uitvoert. In het geval er meer vergoedingsdossiers voor geneesmiddelen binnenkomen dan verwacht, dan kan het personeel tijdelijk minder urgente taken laten liggen om voorrang te geven aan een geneesmiddelenbeoordeling.

Vraag 43

Hoeveel fte kan in de zorg worden bespaard door slimme inzet van geneesmiddelen?

Antwoord:

Het is niet exact te zeggen hoeveel FTE een slimme inzet van geneesmiddelen kan besparen. PwC heeft in 2022 in opdracht van de branchevereniging Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen in een rapport enkele interventies op een rij gezet die zouden kunnen leiden tot arbeidsbesparing. Het gaat hierbij om besparingen zowel binnen als buiten de zorg. Sommige interventies hangen direct samen met de gevolgen van geneesmiddelen voor de gezondheid, zoals vaccins. Andere betreffen de logistiek rond het verstrekken van geneesmiddelen of gericht op gepast geneesmiddelengebruik, zoals medicatiebeoordelingen door apothekers. Ook andere rapporten, zoals het SiRM rapport «Substantieel potentieel», hebben eerder al gewezen op mogelijke besparingen door medicatiebeoordelingen. Hierin wordt echter specifiek gekeken naar een financieel besparingspotentieel. Indirect zal dit besparingspotentieel een effect hebben op het aantal benodigde FTE's binnen de zorg, maar dit is niet direct aan elkaar te koppelen.

Vraag 44

Hoe zorgt u ervoor dat het Zorginstituut haar toenemende hoeveelheid taken kan uitvoeren met steeds minder financiële middelen?

Antwoord:

Zoals het in de begroting beschreven staat lijken de financiële middelen die begroot zijn voor het Zorginstituut Nederland (ZiNL) over de komende jaren inderdaad af te nemen.

Echter, vanuit de ambitie om meer passende zorg te creëren in de cure en care, investeert de Minister van VWS structureel in het Zorginstituut. Dat dit nog niet volledig zichtbaar is in de VWS begroting, komt doordat de financiering van het Zorginstituut uiteenvalt in (1) reguliere financiering en (2) incidentele financiering.

De reguliere financiering wordt gebruikt voor het uitvoeren van de wettelijke taken van het Zorginstituut.

De incidentele financiering volgt uit de verschillende projecten en programma's die bij het Zorginstituut Nederland belegd zijn. Die zijn tijdelijk van aard en worden gefinancierd vanuit verschillende begrotingsartikelen. Pas op het moment dat er zekerheid is over het uitvoeren of vervolgen van een project of programma, komen de middelen terecht op het instrument «Totaal apparaatskosten Zorginstituut». Momenteel zijn deze op de begroting zichtbaar onder andere posten dan de post «Totaal apparaatskosten ZBO's en RWT's, «Zorginstituut Nederland» in Tabel 62 op pagina 161.

Zekerheid over het uitvoeren van deze programma's wil zeggen dat zodra VWS het Zorginstituut de opdracht geeft om een project of programma te starten op dat moment VWS hiervoor de financiële middelen beschikbaar stelt voor het Zorginstituut Nederland.

Verder wordt er gedurende het lopende begrotingsjaar een *midterm review* door het Zorginstituut Nederland opgesteld. Hiermee geeft het Zorginstituut een tussenstand weer van de daadwerkelijke inzet van de financiële middelen ten opzichte van de begrote inzet van financiële middelen voor het lopende jaar. Uit de *midterm review* blijkt waar mogelijk extra financiële middelen voor een project of programma nodig zijn. Hierop volgt onderlinge afstemming met VWS.

Vraag 45

Welke rol is er voor medische preventie in het te ontwikkelen investeringsmodel voor preventie?

Antwoord:

In het Regeerprogramma 2025–2028 en in de beleidsagenda VWS 2025 is opgenomen dat het kabinet gaat werken aan een investeringsmodel voor preventie. In dit te ontwikkelen investeringsmodel voor preventie worden de kostenbesparingen die over de tijd worden gerealiseerd binnen het betreffende beleidsterrein gebruikt voor de financiering van preventieve maatregelen. Binnen dit model worden de risico's tussen betrokken partijen duidelijk in kaart gebracht en effectief gespreid, zodat financiële en maatschappelijke voordelen evenwichtig kunnen worden benut. Op dit moment vragen investeringen in preventie elke keer aparte besluitvorming, omdat er geen automatische financiering van gezondheidsmaatregelen bestaat, ook niet als het kosteneffectief is of kosten bespaart in de zorg. Dit model is belangrijk voor inzicht in effect van maatregelen in én buiten het zorgdomein en daarmee ook voor medische preventie. Het geldt voor maatregelen die gezondheidswinst tot doel hebben en voor maatregelen die mogelijk ook een financiële opbrengst hebben. Na de ontwikkeling van het model vindt besluitvorming plaats over de eventuele toepassing van dit model. De Minister van VWS en de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport sturen u voorafgaand aan de begrotingsbehandeling een brief met meer informatie over de ontwikkeling van dit investeringsmodel.

In de Kamerbrief van 25 april 2024⁵ is toegelicht welke mogelijkheden er zijn voor het realiseren van financiële dekking voor vaccinaties en

⁵ Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 748

bevolkingsonderzoeken met een positief Gezondheidsraadadvies. Budgettaire inpasbaarheid is niet vanzelfsprekend. Het kabinet heeft nog niet besloten over de alternatieven die daarvoor worden beschreven in de genoemde Kamerbrief.

Vraag 46

Wat wordt bedoeld met «de urgentie wordt leidend» bij de beleidsprioriteiten voor de zorg?

Antwoord:

In het Regeerprogramma staat: De zorgvrager met de grootste urgentie wordt als eerste van de wachtlijst gehaald. Op deze wijze wordt een gelijkwaardigere toegang tot medisch specialistische zorg georganiseerd, waarbij de urgentie leidend wordt. Medisch specialisten hebben een belangrijke rol om te bepalen hoe urgent een ingreep voor de patiënt is en of de patiënt al dan niet voorrang dient te krijgen op de wachtlijst. Er wordt ingezet op het verstevigen van de triage. De Minister van VWS zal de komende tijd, samen met veldpartijen, bekijken hoe deze triage kan worden versterkt.

Vraag 47

Welke stappen heeft u sinds uw aantreden gezet met betrekking tot de uitwerking van de nieuwe begrotingssystematiek inzake financiële dekking voor kosteneffectieve vaccins met positief Gezondheidsraadadvies?

Antwoord:

In de Kamerbrief van 25 april 2024 (Kamerstuk II, 32 793, nr. 748) is toegelicht welke mogelijkheden er zijn voor het realiseren van financiële dekking voor vaccinaties en bevolkingsonderzoeken met een positief Gezondheidsraadadvies en dat de beslissing hierover is gelaten aan het nieuwe kabinet. De lijn dat een daling in zorguitgaven als gevolg van een vaccinatie of bevolkingsonderzoek kan gelden als dekking voor de hogere uitgaven voor de uitvoering van de betreffende vaccinatie of bevolkingsonderzoek, is door dit kabinet gehandhaafd. Mocht dit onvoldoende financiële dekking opleveren, zal ruimte op de begroting gevonden moet worden door andere zaken niet meer of minder te gaan doen.

Vraag 48

Op welke wijze houdt de begroting rekening met spoedige budgettoewijzing voor vaccinatiecampagnes waar de Gezondheidsraad mogelijk positief over gaat adviseren?

Antwoord:

Zoals gebruikelijk is er geen budget gereserveerd voor de implementatie van adviezen die mogelijk gaan komen. Financiële besluitvorming over nieuwe vaccinatiecampagnes vindt plaats tijdens het hoofdbesluitvormingsmoment in het voorjaar.

Vraag 49

Welke stappen heeft u sinds uw aantreden ondernomen ter opvolging van het rapport inzake de technische mogelijkheden voor de bekostiging van vaccinaties en bevolkingsonderzoeken?

Antwoord:

Er wordt van uitgegaan dat hier de Kamerbrief van 25 april 2024 wordt bedoeld, met de titel «*Financiële toegang tot vaccinaties en bevolkingsonderzoeken; opvolging en implementatie van adviezen van de Gezondheidsraad*». ⁶ In deze brief is toegelicht welke mogelijkheden er zijn voor het realiseren van financiële dekking voor vaccinaties en bevolkingsonderzoeken met een positief Gezondheidsraadadvies. De lijn dat een daling in zorguitgaven als gevolg van een vaccinatie of bevolkingsonderzoek kan gelden als dekking voor de hogere uitgaven voor de uitvoering van de

⁶ Kamerstukken II, Vergaderjaar 2023–2024, 32 793, nr. 748

betreffende vaccinatie of bevolkingsonderzoek, wordt door dit kabinet gehandhaafd. Mocht dit onvoldoende financiële dekking opleveren, zal ruimte op de begroting gevonden moet worden door andere zaken niet meer of minder te gaan doen. Het kabinet heeft (nog) niet tot alternatieven besloten die worden beschreven in de genoemde Kamerbrief, namelijk om een structureel budget te reserveren op de VWS-begroting, een begrotingsfonds te realiseren of de adviezen automatisch onderdeel te laten worden van het aanbod.

Vraag 50

Wat is de budgetimpact (uitgesplitst per jaar) van het starten met het gordelroosvaccinatieprogramma waarin jaarlijks alle 60-jarigen worden gevaccineerd vanaf (bijvoorbeeld) geboortjaar 1960?

Antwoord:

De Gezondheidsraad heeft geadviseerd om alle mensen van 60 jaar een vaccinatie tegen gordelroos aan te bieden en een inhaalcampagne te organiseren voor alle mensen die ouder zijn dan 60 jaar. De kosten hiervan worden geschat op € 181 miljoen per jaar in de eerste vijf jaren en daarna jaarlijks € 31 miljoen. Als rekening wordt gehouden met de besparingen op de zorgkosten die bekend zijn, te weten 94.000 huisartsbezoeken, 500 ziekenhuisopnames en 20 sterfgevallen, dan worden de kosten geschat op jaarlijks tussen de € 170 en € 179 miljoen in de eerste 5 jaren en daarna jaarlijks € 20 miljoen. Hierin is alleen de besparing op de directe zorgkosten meegenomen en niet andere kosten gerelateerd aan het doormaken van gordelroos.

Vraag 51

Waarom kiest u ervoor om niet te starten met het vaccineren tegen gordelroos?

Antwoord:

De kosten voor het programmatisch aanbieden van vaccinatie tegen gordelroos worden geschat op jaarlijks € 181 miljoen in de eerste vijf jaren en daarna jaarlijks € 31 miljoen. Er is op dit moment binnen artikel 1 van de begroting van VWS – waar deze uitgaven onder vallen – geen ruimte voor deze uitgaven.

Vraag 52

Hoeveel verschillende cao's zijn van toepassing op de verschillende medewerkers in de zorg?

Antwoord:

Van het sluiten, wijzigen of opzeggen van een cao moeten cao-partijen mededeling doen bij de Minister van SZW. Nadat deze melding is bevestigd door middel van een kennisgeving van ontvangst treedt de aangemelde of gewijzigde cao in werking. Elke cao kent zijn eigen werkingssfeer. De werkingssfeer wordt bepaald door sociale partners. Het Ministerie van SZW beoordeelt niet welke cao behoort tot de sector zorg en welzijn. Via het Ministerie van SZW is daarom geen uitputtend overzicht te verkrijgen van de cao's die tot de sector zorg en welzijn gerekend zouden moeten worden. Voorbeelden van cao's waarvan de primaire werkingssfeer binnen zorg en welzijn ligt zijn: Cao Umc's, CAO Ziekenhuizen, Cao Zelfstandige Klinieken Nederland, Cao Ambulancezorg, Cao Huisartsenzorg, Cao GGZ, Cao VVT, Cao Gehandicaptenzorg, Cao Sociaal werk, Cao Jeugdzorg, Cao Kraamzorg, Cao Apotheken, Cao SBOH en Cao Sanquin. Daarnaast zijn er soms ook cao's met een primaire werkingssfeer buiten zorg en welzijn (zoals bijvoorbeeld de Cao Gemeenten) van toepassing op werknemers die werken binnen zorg en welzijn.

Vraag 53

Welke en hoeveel belangenorganisaties zijn betrokken bij de verschillende cao's?

Antwoord:

In Nederland geldt het principe van contractsvrijheid. Cao's worden afgesloten tussen werkgevers(organisaties) en vakbonden. Cao-partijen bepalen zelf met wie zij cao-onderhandelingen voeren en een cao sluiten. De betrokkenheid van partijen kan per cao verschillend zijn. Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 52 beschik het Ministerie van VWS niet over een uitputtend overzicht van de cao's die tot zorg en welzijn gerekend zouden moeten worden. Daarom kan ook geen compleet overzicht worden geven van de organisaties die betrokken zijn bij deze cao's.

Vraag 54

Met welke criteria worden de gezondheidsvaardigheden van Nederlanders gemeten?

Antwoord:

De gezondheidsvaardigheden van Nederlanders worden gemeten met de Health Literacy Survey Europe (HLS-EU), deze vragenlijst is in 2011 in Nederland gevalideerd⁷. De HLS-EU omvat 47 vragen over het verkrijgen, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie ten aanzien van gezondheidszorg, preventie van ziekte en gezondheidsbevordering. Deelnemers moeten bijvoorbeeld aangeven hoe moeilijk of gemakkelijk zij het vinden om te begrijpen wat de dokter zegt, om te bepalen welke vaccinaties zij nodig hebben of om beslissingen te nemen ter verbetering van de eigen gezondheid.

Vraag 55

Hoe staat het volgens die criteria met de gezondheidsvaardigheden van Nederlanders, uitgesplitst over verschillende inkomens- en opleidingsgroepen en samenstelling van huishoudens?

Antwoord:

Het Nivel neemt periodiek een verkorte versie van de HLS-EU (16 items) af onder haar Consumentenpanel gezondheidszorg. Dit panel bestaat uit 1500 deelnemers die representatief zijn voor de bevolking wat betreft leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. In 2023 vulden 723 panelleden de vragenlijst in⁸. Van de panelleden met het laagste opleidingsniveau had 60% beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden, dit was 39% onder mensen met een gemiddeld opleidingsniveau en 27% onder mensen met een hoog opleidingsniveau. Verschillen wat betreft inkomen en samenstelling van huishoudens zijn niet onderzocht. Het panel omvat weinig mensen met een migratie achtergrond waardoor uitsplitsing naar deze groepen op basis van het consumentenpanel niet mogelijk is.

Vraag 56

Hoe verhouden de gezondheidsvaardigheden van Nederlanders zich tot de gezondheidsvaardigheden van inwoners van andere Europese landen, Japan en Amerika en Canada bijvoorbeeld?

Antwoord:

In 2011 is de HLS-EU, het Europees onderzoek naar gezondheidsvaardigheden, voor het laatst uitgevoerd voor de Nederlandse populatie. Destijds had 28,6% van de Nederlandse HLS-EU deelnemers onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden. In andere deelnemende Europese landen (Duitsland, Ierland, Polen, Oostenrijk, Bulgarije, Griekenland en Spanje) lag dit percentage tussen 40% en 62%⁹.

⁷ Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey - PubMed (nih.gov)

⁸ Microsoft PowerPoint - 2024-05-13 Infographic gezondheidsvaardigheden 2023.pptx (nivel.nl)

⁹ Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU) - PubMed (nih.gov)

In 2025 wordt met de HLS-EU een nieuwe meting gehouden in samenwerking met het internationale M-POHL netwerk (WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy), waaraan het RIVM en het Nivel gezamenlijk namens Nederland deelnemen¹⁰. De uitkomsten van Nederland zullen ook worden vergeleken met andere deelnemende Europese landen. Een vergelijking met Japan, Amerika en Canada is voor de Nederlandse situatie niet bekend.

Vraag 57

Welke leefstijlinterventies die door de overheid zijn bekostigd, hebben geleid tot verbetering in leefstijl? Om hoeveel budget gaat het per succesvolle leefstijlinterventie en wat waren de concrete resultaten?

Antwoord:

Een verbetering in leefstijl is gerelateerd aan meerdere factoren en vergt een systeem brede aanpak. Allereerst kan met het nemen van wettelijke maatregelen verbeteringen worden bereikt. Zo heeft bijvoorbeeld het invoeren in 2007 van rookvrijwetgeving in Engeland geleid tot een daling van 4% in de ziekenhuisopnames van kinderen met luchtweginfecties.¹¹ Ook leefstijlinterventies kunnen hier onderdeel van uitmaken. Een interventie is een planmatig en doelgerichte aanpak, afgebakend in tijd. In de databank van Loket Gezond Leven (RIVM) staan leefstijlinterventies die zijn beoordeeld op effectiviteit. Een leefstijlinterventie waar een grote monitor op loopt is de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI). In deze monitor staat informatie over de effecten en budgetimpact.¹² Uit de monitor blijkt dat in de periode januari 2019 tot en met december 2023 in totaal € 73,9 miljoen is vergoed. Deelnemers verloren gemiddeld 5,1 procent van het gewicht na afronding van de GLI (24 maanden). De score van kwaliteit van leven verbeterde met gemiddeld 12,9 punt op een schaal van 0 tot 100. Een verbetering in leefstijl is echter altijd een combinatie van verschillende factoren inclusief wettelijke maatregelen. Het is dan ook niet mogelijk om hier een budget aan te koppelen en concrete resultaten aan te verbinden.

Vraag 58

Wat is er gebeurd met de motie-Tielen c.s over de effectiviteit van preventie (Kamerstuk 32 793, nr. 767)?

Antwoord:

Op dit moment zijn we met het RIVM in gesprek over hoe we meer inzicht verkrijgen over de elementen van de JOGG-aanpak, waarmee nadere uitspraken over effectiviteit kunnen worden gedaan. In dit gesprek sturen we ook de beleidsdoorlichting van de andere preventieprogramma's mee. Daarnaast stuurt de Minister van VWS en de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport voorafgaand aan de begrotingsbehandeling een brief aan uw Kamer waarin u wordt geïnformeerd over de voortgang om zo goed mogelijk inzicht en grip te krijgen op de kosten en baten van gezondheidsbeleid, zodat we daar bij de besluitvorming over de besteding van publiek geld zo goed mogelijk rekening mee kunnen houden.

Vraag 59

Wat is er gebeurd met de toezegging aan het lid Tielen om seksuele gezondheid onderdeel te maken van Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)?

¹⁰ Factsheet HLS24_25.pdf (m-pohl.net)

¹¹ Been, J., Millett, C., Lee, J.T., van Schayck, C.P., & Sheikh, A. (2015). Smoke-free legislation and childhood hospitalisations for respiratory tract infections. *European Respiratory Journal*, 46(3), 697–706.

¹² Klein, P.P., Oosterhoff, M., Feenstra, T., de Wit, A. (2024). Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie 2024. RIVM. Bilthoven

Antwoord:

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport is met kennisinstituten, de VNG, enkele gemeenten en GGD'en in gesprek (gegaan) om te horen wat er nodig is om seksuele gezondheidsbevordering op lokaal niveau te versterken en te koppelen aan de doelen uit het Gezond en Actief Leven Akkoord, wat gemeenten daarin kunnen doen en hoe hij hierin kan ondersteunen.

Hij verwacht begin 2025 gemeenten van informatie te kunnen voorzien door o.a. inzicht te bieden in het belang van seksuele gezondheidsbevordering en gemeenten te inspireren met goede voorbeelden hoe seksuele gezondheid gekoppeld kan worden aan de GALA-doelen. Via de GALA-infrastructuur wordt dit thema verder onder de aandacht gebracht bij gemeenten om de bewustwording van gemeenten te vergroten dat het bevorderen van seksuele gezondheid belangrijk is en zij hierin een verantwoordelijkheid hebben. De Staatssecretaris zal, zoals opgenomen in het Regeerprogramma, afspraken maken met gemeenten over de inzet van bewezen effectieve maatregelen, zoals op het gebied van het bevorderen van seksuele gezondheid.

Vraag 60

Hoeveel procent van de zorguitgaven is voor ongecontracteerde en hoeveel voor gecontracteerde zorg, in het totaal, en uitgesplitst naar wijkverpleging, ggz, beweegzorg, voedingszorg, huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg? En om hoeveel euro gaat het?

Antwoord:

Zorgverzekeraars rapporteren dit niet voor alle sectoren in de Zvw, waardoor geen aandeel voor de totale gecontracteerde zorguitgaven kan worden gegeven.

Op basis van de halfjaarlijkse uitvraag van het Zorginstituut kunnen we van de onderstaande sectoren wel aangeven welk deel is gecontracteerd (ramingen).

2024 (in miljoen euro)	verwachte uitgaven	waarvan ongecontracteerd	waarvan gecontracteerd	aandeel gecontracteerd (in %)
Huisartsenzorg	4.487	67	4.420	99%
Medisch Specialistische Zorg	29.917	766	29.151	97%
GGZ Zvw	5.499	479	5.020	91%
Wijkverpleging	3.383	427	2.957	87%

*GGZ is exclusief de beschikbaarheidsbijdrage psychotraumazorg, omdat dit niet via zorgverzekeraars wordt gefinancierd.

Bron: 2^e kwartaalrapportage van Zorginstituut (www.zorgcijfersdatabank.nl).

Beweegzorg en voedingszorg worden niet gerapporteerd.

Vraag 61

Hoeveel zorggebruikers maken gebruik van ongecontracteerde zorg en hoeveel van gecontracteerde zorg, uitgesplitst naar wijkverpleging, ggz, beweegzorg, voedingszorg, huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg?

Antwoord:

Voor de wijkverpleging komen de laatste cijfers uit het rapport van Vektis van 20 september 2022 dat op 6 december 2022 (Kamerstukken II, 2022–2023, 23 235, nr. 219) naar uw Kamer is gestuurd. In 2019 ontvangen 3,6% (circa 19 duizend cliënten), in 2020 3,4% (circa 18 duizend cliënten) en in 2021 ontvangen 3,8% van de cliënten (circa 20 duizend cliënten) niet-gecontracteerde wijkverpleging.

Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn de cijfers 2016–2019 als volgt (bron: Monitor Vektis niet-gecontracteerde ggz 2016–2019, brief 6 januari

2022, Kamerstukken II, 2021–2022, 25 424, nr. 599). Uit de monitor volgt dat het aandeel patiënten dat in 2016 gebruikmaakt van niet-gecontracteerde zorg in 2016 8,8% is; in 2017 9,9%; in 2018 11,6% en in 2019 11,6%.

In de huisartsenzorg is geen niet-gecontracteerde zorg, zorggebruikers maken daar alleen gebruik van gecontracteerde zorg.

In de medisch-specialistische zorg zijn alle ziekenhuizen gecontracteerd. Dat geldt ook voor een groot deel van de ZBC's. Zorggebruikers maken dan ook vrijwel alleen gebruik van gecontracteerde zorg.

Over de ander genoemde sectoren, bewegezorg en voedingszorg, beschik het Ministerie van VWS niet over cijfers.

Vraag 62

Hoeveel aanbieders zijn er van ongecontracteerde zorg, uitgesplitst naar wijkverpleging, ggz, bewegezorg, voedingszorg, huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg?

Antwoord:

Onderstaande gegevens komen voorzover het betreft de wijkverpleging en de ggz uit de rapporten van Vektis over de wijkverpleging en de ggz. Deze rapporten zijn de afgelopen jaren met uw Kamer gedeeld.¹³

Wijkverpleging

In 2021 zijn er circa 1.230 zzp-ers. Het overgrote deel van deze zzp'ers (98%) is niet-gecontracteerd. Dit percentage is vergelijkbaar met eerdere jaren. In 2021 zijn er circa 750 niet-gecontracteerde instellingen en circa 510 volledig gecontracteerde instellingen. Dit was ook het geval in de jaren 2017 tot en met 2020. In tabel 14 en 15 van de monitor wijkverpleging (blz. 27 en 28) is uitgebreide informatie opgenomen over de contracteergraad van zzp's-ers en instellingen wat betreft de vraag of deze volledig, merendeels wel of merendeel niet dan wel geheel niet gecontracteerd zijn.

Geestelijke gezondheidszorg

De belangrijkste bevindingen van het hierboven genoemde onderzoek van Vektis zijn:

- Er is een verband tussen de grootte van de aanbieder en de contract-status: hoe kleiner, hoe vaker niet-gecontracteerd. Er zijn veel ggz-aanbieders (ca 7.000) actief met een beperkte omzet (< € 100.000 euro). Deze aanbieders leveren in totaal slechts 5% van de kosten ggz. Van deze kosten is 33% niet-gecontracteerd. De 51 grootste aanbieders (omzet > € 10 mln.) zijn goed voor 80% van de kosten ggz. Van deze kosten is 3% niet-gecontracteerd.
- Er zijn 30 grote niet-gecontracteerde aanbieders actief. Deze 30 aanbieders – met een elk een omzet van meer dan € 1,5 mln. – leveren de helft van de niet-gecontracteerde ggz. Van deze 30 aanbieders hebben er twintig met geen enkele zorgverzekeraar een contract; de andere tien hebben met ten minste een zorgverzekeraar een contract (maar niet met alle zorgverzekeraars).

In de huisartsenzorg is er geen sprake van niet-gecontracteerde zorg. In de medisch-specialistische zorg zijn alle ziekenhuizen gecontracteerd. Dat geldt ook voor een groot deel van de ZBC's. Zorggebruikers maken

¹³ Monitor niet-gecontracteerde wijkverpleging 2016–2021, brief van 6 december 2022, Kamerstukken II, 2022–2023, 23 235, nr. 21. Monitor Vektis niet-gecontracteerde ggz 2016–2019, brief van 6 januari 2022, Kamerstukken II Tweede Kamer, vergaderjaar 2021–2022, 25 424, nr. 599

dan ook vrijwel alleen gebruik van gecontracteerde zorg. Voor beweegzorg en voedingszorg beschikt het Ministerie van VWS niet over cijfers.

Vraag 63

Waar in de begroting staat hoeveel middelen er vrij worden gemaakt voor het aantrekkelijker maken in de zorg, meer autonomie, loopbaanperspectief en betere arbeidsvoorwaarden? In hoeverre heeft het kabinet daar waar het de goede arbeidsvoorwaarden betreft financiële ruimte gecreëerd op de begroting?

Antwoord:

Het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg, door meer autonomie en loopbaanperspectief, wordt onder meer gefinancierd uit budget voor arbeidsmarktbeleid dat sinds Prinsjesdag 2020 beschikbaar is gekomen en opliep tot 130 miljoen structureel. Dit budget van 130 miljoen is aanvullend op het structurele budget dat reeds beschikbaar is voor het opleiden in zorg en welzijn. Het opleiden en trainen van zorgmedewerkers is ondersteunend aan het arbeidsmarktbeleid en de daarmee te bereiken doelen. Voorbeelden van opleidingsbudgetten zijn: de nog te maken subsidieregeling strategisch opleiden medisch specialistische zorg, de Subsidieregeling Stageplaatsen II (Stagefonds), de Subsidieregeling vaccinatieplaatsen zorg, en het beschikbare budget voor het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Een groot deel van het voornoemde budget van de 130 miljoen (circa 100 miljoen) wordt besteed aan een verlenging van Sectorplanplus tot en met eind 2025. Sectorplanplus is een meerjarige subsidie voor werkgevers in zorg en welzijn. Met deze subsidie kan een extra impuls gegeven worden aan opleidingsprojecten die gericht zijn op nieuwe instroom, op- en omscholing en behoud van medewerkers in de sector zorg en welzijn. En draagt daarmee bij aan het loopbaanperspectief. Dit valt onder artikel 4.2 Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt.

Het aantrekkelijker maken van het werken in zorg en welzijn, wordt ook beoogd door het verminderen van ervaren regeldruk. Hiervoor is 2,3 miljoen beschikbaar. Zie hiervoor de middelen onder de noemen (Ont)Regel de Zorg. Dit valt onder de opdrachten van artikel 4.1 Positie cliënt en transparantie van zorg.

Specifiek ten aanzien van het beleid om medewerkers in zorg en welzijn meer autonomie te laten hebben zijn er middelen gereserveerd voor de financiering van een meerjarenplan zeggenschap om zo zeggenschap van helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen duurzaam te bevorderen. Specifiek is hiervoor de financiering van het meerjarenplan van de Subsidieregeling Veerkracht en Zeggenschap tot en met 2025, en een projectsubsidie voor de projectorganisatie van het Landelijk Actieplan Zeggenschap tot en met 2026. Daarnaast wordt ook de monitor Zeggenschap bekostigd. In 2025 is hiervoor € 1,7 miljoen beschikbaar. Dit valt onder artikel 4.2 Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt.

Ten aanzien van de vraag over de financiële ruimte voor arbeidsvoorwaarden geldt dat er jaarlijks via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) extra geld beschikbaar wordt voor marktconforme loonontwikkeling binnen de zorg. Het ova-percentage wordt gebruikt om het loongevoelige deel van de budgettaire kaders binnen de Wlz, Zvw en beschermd wonen in de Wmo in de begroting die onder het Uitgavenplafondzorg (UPZ) vallen te indexeren. Voor het jaar 2025 wordt op deze wijze 3,6 miljard euro structureel beschikbaar gesteld.

Vraag 64

Voor welke doelgroepen zijn de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA)-gelden inclusief jaarlijkse indexering bedoeld? Valt hier de loonontwikkeling van apothekemedewerkers ook onder?

Antwoord:

De overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) wordt beschikbaar gesteld om marktconforme loonontwikkeling voor medewerkers binnen de zorg mogelijk te maken. Dit geldt ook voor medewerkers binnen de openbare apotheken. De ova betreft de indexering van het loongevoelige deel van de budgettaire kaders. Het is vervolgens integraal onderdeel van deze kaders.

Vraag 65

Waar in de VWS-begroting is het terugdraaien groei apparaat Rijks-overheid van de komende jaren toegelicht?

Antwoord:

In de ontwerpbegroting is de apparaatstaakstelling ingeboekt op artikel 10 «apparaatsuitgaven». Daarmee is de budgettaire korting in de begroting verwerkt. Om verdere invulling te geven aan de taakstelling heeft het ministerie besloten een taakdiscussie uit te voeren. Hierin moet naar voren komen welke taken het ministerie niet meer gaat uitvoeren om de budgettaire korting ook te kunnen realiseren. We kunnen immers niet met veel minder mensen alle taken op dezelfde manier voort blijven zetten.

Vraag 66

Hoe wordt invulling gegeven aan de ombuiging op het apparaat van de Rijksoverheid bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport? Is de verwachting dat het ministerie nog al haar taken kan vervullen met de ombuiging?

Antwoord:

In de ontwerpbegroting is de apparaatstaakstelling ingeboekt op artikel 10 «Apparaatsuitgaven». Om verdere invulling te geven aan de taakstelling zal een taakdiscussie uitgevoerd worden. We kunnen immers niet met veel minder mensen alle taken voort gaan zetten, dat zal niet gaan lukken. Het is daarom van belang om te kijken naar wat we niet meer of minder kunnen doen om de taakstelling ook feitelijk uit te voeren.

Vraag 67

Hoe worden de OVA-gelden besteed? Wie houdt daar toezicht op en kan hierbij specifiek ingegaan worden op de OVA-ruimte voor de apothekers-assistenten?

Antwoord:

Het ova-percentages wordt gebruikt voor het indexeren van het loongevoelige deel van de budgetten (contracteerruimte, macroprestatiebedrag en macrobeheersingskaders) binnen de Wlz, Zvw die onder de premiegefinancierde uitgaven vallen en beschermd wonen in de Wmo. Hiermee maakt de ova-ruimte integraal onderdeel uit van de ramingen en budgettaire kaders die door VWS worden vastgesteld. De ova is daarmee geen geoordeeld budget. De daadwerkelijke zorguitgaven worden vervolgens bepaald door de afspraken die zorginkopers en zorgaanbieders maken. Deze uitgaven kunnen dus hoger of lager uitvallen dan de ramingen en kaders die door VWS zijn gesteld. Daarmee valt niet te zeggen hoe de ova-ruimte precies wordt «besteed» en wordt hier ook geen apart toezicht op gehouden. Dit geldt ook voor de ova-ruimte waarmee het apotheekkader wordt opgehoogd. Wel is in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) ten aanzien van zorgcontractering afgesproken dat verzekeraars en zorgaanbieders als startpunt van de onderhandeling de ova als index voor loonstijgingen hanteren. Daarmee is niet gezegd dat er helemaal geen op- of afslagen op het tarief kunnen worden afgesproken, nadat de ova als startpunt van de onderhandelingen is doorvertaald. Eventuele kortingen of opslagen moeten wel inzichtelijk worden gemaakt. Deze IZA-afpraak is nader geconcretiseerd in de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg van de Nederlandse

Zorgautoriteit (NZa). Deze Handvatten zijn ook van toepassing op farmaceutische zorg.

Vraag 68

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van structureel € 135 miljoen vanaf 2026 in verband met de maatregel «Meerjarig contracteren met budgetafspraken»? Waarom zou een meerjarig contract tot een kostenbesparing voor zorgaanbieders leiden? Kunt u uitleggen waarom meerjarige contracten tot meer zekerheid en een kostenbesparing voor zorgaanbieders leiden?

Antwoord:

Het klopt dat er aan de maatregel «meerjarig contracteren met budgetafspraken» vanaf 2026 een doelmatigheidsombuiging is gekoppeld van € 135 miljoen structureel. Het vorige kabinet heeft deze opbrengst in het licht van houdbare overheidsfinanciën verwerkt in de meerjarenbegroting. Meerjarige contracten met budgetafspraken zijn een middel voor zorgkantoren en zorgaanbieders om langere termijnafspraken te maken over de ontwikkeling van de zorg. Meerjarige contracten geven financiële zekerheid om te investeren in kwaliteit en toegankelijkheid en om personeel te binden.

Minder onzekerheid over de omvang van het meerjarige budget kan er bijvoorbeeld toe leiden dat vast personeel wordt aangetrokken in plaats van (duurdere) externe krachten. Ook kan meerjarige zekerheid ertoe leiden dat instellingen goedkoper kunnen lenen en banken eerder bereid zijn om geld te verstrekken. Tot slot leiden meerjarige contracten tot lagere administratieve lasten.

Vraag 69

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van structureel € 350 miljoen vanaf 2026 in verband met de maatregel «Doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg»?

Antwoord:

Het klopt dat aan de maatregel «Doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg» vanaf 2026 een taakstellende besparing is gekoppeld van € 350 miljoen structureel.

Vraag 70

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van structureel € 117 miljoen vanaf 2025 in verband met de maatregel «Herijking nhc-tarieven»?

Antwoord:

De maatregel «herijking nhc-tarieven» betreft geen bezuiniging. Het klopt dat in de begroting rekening is gehouden met een verlaging van € 117 miljoen in verband met de herijking van de nhc-tarieven door de NZa. Deze verlaging van € 117 miljoen is het saldo van het effect van een lagere rente (€ 217 miljoen) en extra middelen voor verduurzaming van de gebouwen (€ 100 miljoen). Het betreft geen bezuiniging maar het resultaat van een herijking van de nhc-tarieven door de NZa. Het is gebruikelijk dat de NZa periodiek haar tarieven herijkt en actualiseert. Dat is onderdeel van haar wettelijke taak om tenminste redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast te stellen.

Vraag 71

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 130 miljoen vanaf 2025, oplopend tot € 1,2 miljard in 2052, in verband met de maatregel «Scheiden wonen en zorg»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt?

Antwoord:

In 2025 is de bruto besparing van het scheiden van wonen en zorg € 130 miljoen. Omdat er een naast de besparing tot en met 2027 ook

rekening is gehouden met een vermindering van eigen bijdrage is de netto besparing in 2025 per saldo € 120 miljoen. Tot 2027 neemt de besparing jaarlijks met € 43 miljoen toe en na 2027 loopt de besparing jaarlijks op met € 40 miljoen tot € 1,2 miljard in 2052. In de jaren 2022 t/m 2026 is er totaal € 1 miljard beschikbaar voor de transitie. In de onderstaande reeks vindt u de besparingen in de Wlz ouderenzorg zoals deze waren opgenomen in de startnota kabinet Rutte IV¹⁴

Jaar	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
Netto reeks «scheiden wonen en zorg» (in € miljoen)	0	- 43	- 86	- 130	- 173	- 217	- 257	- 297	- 337	- 377	- 417

Jaar	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043
Netto reeks «scheiden wonen en zorg» (in € miljoen)	- 457	- 497	- 537	- 577	- 617	- 657	- 697	- 737	- 777	- 817	- 857

Jaar	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052 en later
Netto reeks «scheiden wonen en zorg» (in € miljoen)	- 897	- 937	- 977	- 1.017	- 1.057	- 1.097	- 1.137	- 1.177	- 1.200

Vraag 72

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 35 miljoen vanaf 2025, oplopend tot € 50 miljoen in 2031 in verband met de maatregel «Valpreventie»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt?

Antwoord:

Het klopt dat er rekening mee is gehouden dat de maatregel «Valpreventie» de groei van de Wlz-uitgaven afremt. Het gaat dan ook niet om een bezuiniging. De besparingen (en investeringen) met betrekking tot valpreventie zijn gebaseerd op de Maatschappelijke Kosten Baten Analyse voor valpreventie. De besparing ten opzichte van het basispad is opgenomen in onderstaande tabel. De maatregel leidt namelijk tot gezondheidswinst (en daarmee lagere uitgaven in niet alleen de Wlz, maar ook in de Zvw en Wmo) doordat er dankzij de ketenaanpak valpreventie naar verwachting minder valincidenten zullen plaatsvinden. In totaal is er vanaf 2023 € 104 miljoen oplopend tot structureel € 135 miljoen (vanaf 2031) per jaar beschikbaar gesteld voor opsporing en screening van de risicogroep en voor investeringen in valpreventieve beweegprogramma's en de coördinatie daarvan. Valpreventie is een goed voorbeeld waar de baten van preventie zichtbaar worden en leiden tot besparingen met als gevolg dat o.a. de groei van de Wlz-uitgaven wordt afgeremd. Veelal betekent dit dat er eerst geïnvesteerd moet worden en dat de baten op langere termijn toenemen dan wel zich voordoen. Om die reden is in het Regeerprogramma tevens het investeringsmodel preventie genoemd, dat we de komende periode gaan ontwikkelen.

bedragen x € 1 miljoen	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031 en structureel
Besparingen Valpreventie op Wlz-uitgaven	- 30	- 35	- 38	- 40	- 43	- 45	- 48	- 50

Vraag 73

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 23 miljoen vanaf 2025, oplopend tot € 1.206 miljoen in 2037 in verband met de maatregel

¹⁴ Kamerstukken II, 2021/2022, nr. 1

«Passende zorg»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt? Via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

Ja, dat klopt. Deze ombuiging maakt onderdeel uit van de afspraken die gemaakt zijn in het Integraal Zorgakkoord. De ombuiging is budgettair verwerkt op het Zvw gedeelte van de premiegefinancierde zorguitgaven van H41. De ombuiging kent het volgende verloop:

2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
-23,328	-69,984	-116,640	-186,624	-233,280	-248,832	-279,936	-373,248	-528,768	-715,392	-933,120	-1.073,088	-1.205,875

Vraag 74

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van structureel € 50 miljoen vanaf 2027 in verband met de maatregel «Stimulering 1,5-lijnszorg»?

Antwoord:

De maatregel «Stimulering 1,5-lijnszorg» komt voort uit het vorige coalitieakkoord (Rutte IV) en beoogt een verschuiving van complexe medisch specialistische zorg naar de «basis-msz». Het beoogde besparingsdoel met deze maatregel is € 50 miljoen per jaar vanaf 2027.

Vraag 75

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 113 miljoen vanaf 2027, oplopend tot € 340 miljoen in 2029, in verband met de maatregel «Standaardisatie gegevensuitwisseling»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt?

Antwoord:

De maatregel Standaardisatie gegevensuitwisseling zoals opgenomen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord Rutte IV beoogt lagere zorguitgaven, met name doordat databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling de zorgverleners tijd scheelt, en kent een oploop zoals vermeld in onderstaande tabel.

Bedragen x € 1 miljoen	2027	2028	2029	Structureel
Standaardisatie gegevensuitwisseling	- 113	- 227	- 340	- 340

Vraag 76

Wat is momenteel de stand van zaken rondom de «Maatregelen niet-IZA», waarbij in de voorjaarsnota 2024 een bezuiniging ingeboekt stond van € 65 miljoen in 2025, oplopend tot structureel € 145 miljoen vanaf 2026? Gaat deze bezuiniging nog door en zo ja, hoe wordt deze precies ingevuld?

Antwoord:

Deze bezuiniging is teruggedraaid. Bij Voorjaarsnota 2023 is besloten tot deze taakstelling op niet-IZA-sectoren. In de eerste supplettaire begroting 2024 is vervolgens deze taakstelling alternatief gedekt met onder andere diverse meevallers.

Vraag 77

Wat is momenteel de stand van zaken rondom de maatregel «Normerende tarieven, waarbij in de voorjaarsnota 2024 een bezuiniging ingeboekt stond van € 70 miljoen in 2025, oplopend tot structureel € 74 miljoen vanaf 2026? Gaat deze bezuiniging nog door en zo ja, hoe wordt deze precies ingevuld?

Antwoord:

In het Coalitieakkoord 2021 is een maatregel opgenomen om doelmatigheid te bevorderen in de tariefstelling, door normatieve elementen toe te voegen in sectoren waar vaste of maximumtarieven worden gehanteerd. Naar aanleiding van het NZa-advies over deze maatregel (Kamerstukken 2023/2024, 29 689, nr. 1239) heeft het kabinet bij Voorjaarsnota 2024 besloten deze maatregel niet uit te voeren. De bezuiniging door deze maatregel gaat dus niet door. Deze beslissing heeft geleid tot een besparingsverlies van € 73,5 miljoen. In de eerste supplettoire begroting 2024 is hier per saldo dekking voor geleverd binnen de VWS-begroting.

Vraag 78

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 30 miljoen vanaf 2025, oplopend tot € 60 miljoen in 2026 en structureel € 110 miljoen vanaf 2027 in verband met de maatregel «Maatwerk PGB»? Zo ja, via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

Het klopt dat er in verband met de maatregel «Maatwerk PGB» een besparing is ingeboekt van € 30 miljoen in 2025, € 60 miljoen in 2026 en € 110 miljoen vanaf 2027. Daarbij is rekening gehouden met € 5 miljoen aan extra uitvoeringskosten voor de zorgkantoren. De besparing wordt met ingang van 2025 verwerkt in het Wlz-inkooppkader van de zorgkantoren.

Vraag 79

Wanneer en op welke wijze wordt vervolg gegeven aan het project «Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen» en genoemde oplossingsrichtingen?

Antwoord:

De impact van sommige genoemde maatregelen in het eindverslag van het project «Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen» zijn groot. Met name een eventuele uitbreiding van het basispakket met mondzorg. Daarom is hierover een adviestraject uitgezet bij het Zorginstituut. Het adviestraject heeft twee fases: een eerste verkennende en een tweede inhoudelijke fase. De verkennende fase zal naar verwachting eind 2026 gereed zijn.

Parallel aan het adviestraject worden gerichtere maatregelen uitgewerkt, zoals ook genoemd in het eindverslag. Op dit moment loopt hiervoor een pilot met gemeenten, zorgverzekeraars en mondzorgverleners. Deze pilot loopt tot het voorjaar van 2025. In deze pilot wordt gekeken naar een betere inzet van gemeentelijke regelingen, zoals de gemeentepolis. Tegelijk wordt hierbij ook gekeken naar de mogelijkheden voor een landelijke regeling. Daarnaast wordt in (een deel van) deze gemeenten gewerkt aan het versterken van sociale vangnetten en er wordt gewerkt aan doelgroepgerichte voorlichting.

De Minister van VWS zal u over de uitkomsten van deze pilot uiterlijk in het voorjaar van 2025 informeren. Zij zal in deze brief ook ingaan op de aanbeveling om hernieuwde aandacht te geven aan de mondgezondheid in de publieke gezondheid.

Vraag 80

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van structureel € 225 miljoen vanaf 2026 in verband met de maatregel «Inkomensafhankelijke eigen bijdrage Wmo»? Zo ja, via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

In verband met deze maatregel is bij Voorjaarsnota 2023 met ingang van 2026 een structurele uitname van € 225 miljoen uit het Gemeentefonds ingeboekt.

Vraag 81

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 374 miljoen in 2025 die is gekoppeld aan de Hervormingsagenda Jeugd? Waarom staan de ingeboekte bezuinigingen voor de jaren tot en met 2025 in een lichtere kleur op pagina 69 van de Hervormingsagenda Jeugd?

Antwoord:

Voor 2025 is inderdaad een besparing voorzien van € 374 miljoen voor de jeugduitgaven zoals afgesproken in de Hervormingsagenda.

De reeksen tot en met 2025 zijn in een lichtere kleur omdat het Rijk reeds extra middelen aan gemeenten (tot en met 2025) beschikbaar heeft gesteld via de Algemene Uitkering van het gemeentefonds. In deze extra middelen zijn ook de verwachte besparingen door de te nemen maatregelen in de Hervormingsagenda verwerkt. De toevoeging van de overige middelen voor 2026 en verder vindt plaats na het mind-term advies van de Deskundigencommissie begin volgend jaar en de besluitvorming daarover.

Vraag 82

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 961 miljoen in 2026, oplopend tot structureel € 1.017 miljoen vanaf 2027, die is gekoppeld aan de Hervormingsagenda Jeugd? Zo ja, via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd? Moeten deze cijfers worden geïnterpreteerd als bezuinigingen ten opzichte van 2024/2025 of zit hier ook al een deel van eerder gerealiseerde bezuinigingen bij?

Antwoord:

De Hervormingsagenda Jeugd bevat inhoudelijke en financiële afspraken. Het Rijk heeft extra financiële middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten via een hogere bijdrage aan de Algemene Uitkering. Tegelijkertijd heeft het Rijk ook afspraken gemaakt met gemeenten over maatregelen die een besparing moeten opleveren. Deze aanvullende middelen kennen een dalend verloop, omdat de verwachting is dat de inhoudelijke maatregelen in de komende jaren tot meer besparing (minder uitgaven van gemeenten) zullen leiden.

De voorziene besparingen voor 2023, 2024 en 2025 zijn onderdeel van de € 961 miljoen in 2026 die oploopt tot structureel € 1.017 miljoen. De besparingen lopen door de jaren heen dus op.

Vraag 83

Kunt u via een tabel aangeven welke bezuinigingen/besparingen die op het VWS-terrein waren aangekondigd in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord van kabinet Rutte IV reeds zijn gerealiseerd, welke nog gepland staan en welke inmiddels zijn geschrapt? Kunt u daarbij ook de bezuinigingen/besparingen meenemen die reeds zijn doorgevoerd, maar waarvan het totale bedrag nog oploopt ten opzichte van de gerealiseerde besparing in 2024?

Antwoord:

De onderstaande tabel zijn de reeksen zoals opgenomen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord Rutte IV. Dit komt niet meer in alle gevallen overeen met de ingeboekte ombuigingen, diverse ombuigingen zijn alternatief gedekt.

Maatregelen Rutte IV	2024	2025	2026	Struc	Jaar	Toelichting
Valpreventie bij 65-plussers	- 10	- 30	- 38	- 75	2031	Deze maatregel is in gang gezet.
Passende zorg als norm (enkel bewezen effectieve zorg) in Zvw	60	60	30	- 1.140	2037	Deze maatregel is in gang gezet. Onderdelen van de aanpak worden nog verder uitgewerkt, ook in afstemming met zorgpartijen in het verlengen van het bestuurlijk akkoord.
Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie	- 35	- 50	- 65	- 130	2032	Met de aanpassing van de sluiscriteria per 1 juli 2023 is de invulling van deze maatregel afgerond.

Maatregelen Rutte IV	2024	2025	2026	Struc	Jaar	Toelichting
Standaardisatie gegevensuitwisseling	400	200	200	- 340	2029	De uitvoering van deze maatregel is gestart. Op onderdelen wordt nog nadere uitwerking gepland. Deze maatregel leidt pas over enkele jaren tot een ombuiging, dus de besparingsreeks loopt op ten opzichte van 2024.
Stimuleren anderhalvelijnszorg	0	0	0	- 50	2027	Deze maatregel staat nog gepland. Deze maatregel leidt pas vanaf 2027 tot een ombuiging, dus de besparingsreeks loopt op ten opzichte van 2024.
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingszaken Zvw	- 30	- 30	- 30	- 30	2024	Deze maatregel is gerealiseerd. Hij loopt grotendeels mee in het IZA en is structureel in het IZA-kader en de kaders van enkele niet-IZA-sectoren verwerkt.
Juiste zorg op de juiste plek	380	280	180	- 300	2028	Deze maatregel loopt tot en met 2026 mee in het IZA en zal voor 2027 en verder worden betrokken bij het verlengen van het bestuurlijk akkoord.
Sturing op doelmatigheid via de tarieven	- 120	- 140	- 147	- 147	2026	Deze maatregel is deels betrokken bij de financiële afspraken uit het IZA, en daarmee structureel in het IZA-kader verwerkt. Het resterende deel van de maatregel is in de Voorjaarsnota 2024 structureel alternatief gedekt.
Integraal Zorgakkoord	- 572	- 886	- 1.281	- 1.489	2027	Deze maatregel loopt mee in het IZA en is structureel in het IZA-kader verwerkt.
Overhevelen behandeling en geneesmiddelen van Wlz naar Zvw		- 170	- 170	- 170	2025	Het vorige kabinet heeft gekozen voor een andere invulling van de maatregel dan de oorspronkelijke tekst uit het coalitieakkoord Rutte-IV. Deze maatregel heeft in 2025 tot een besparingsverlies geleid, maar staat gepland om geïmplementeerd te worden vanaf 2026. De voorhangprocedure om de invulling van deze maatregel in de tarieven in de Wlz te verwerken dient nog plaats te vinden.
Verplichten meerjarige contracten en budgetafspraken in de ouderenzorg	- 70	- 135	- 70	- 70	2026	Deze maatregel heeft in 2024 en 2025 tot een besparingsverlies geleid, maar staat gepland om geïmplementeerd te worden vanaf 2026. Het wetsvoorstel dat de wettelijke basis biedt voor meerjarig contracteren ligt ter behandeling voor in uw Kamer.
Verplichten meerjarige contracten en budgetafspraken in de ghz/ggz	- 55	- 110	- 65	- 65	2026	Deze maatregel heeft in 2024 en 2025 tot een besparingsverlies geleid, maar staat gepland om geïmplementeerd te worden vanaf 2026. Het wetsvoorstel dat de wettelijke basis biedt voor meerjarig contracteren ligt ter behandeling voor in uw Kamer.
Scheiden wonen en zorg	120	80	40	- 1.200	2052	Deze maatregel is in gang gezet. Om tot de structurele besparing te komen is nog een wetswijziging nodig.
Herinterpretatie Kwaliteitskader verpleeghuiszorg	- 100	- 200	- 350	- 350	2026	Deze maatregel heeft in 2024 en 2025 tot een besparingsverlies geleid, maar staat gepland om geïmplementeerd te worden vanaf 2026.
Eigen bijdrage huishoudelijke hulp	10	- 80	- 80	- 80	2025	Deze maatregel is komen te vervallen en vervangen door Wetsvoorstel vervanging abonnementstarief Wmo 2015

Vraag 84

Wat is de planning van de besluitvorming over het verlenen van de zelfstandige bevoegdheden van mondhygiënist gebaseerd op het Eindrapport Evaluatieonderzoek experiment Artikel 36a Wet BIG Geregistreerd-Mondhygiënist?

Antwoord:

Het experiment met de toekenning van een zelfstandige bevoegdheid aan de geregistreerd-mondhygiënist loopt op 1 juli 2025 af. Tot de afloop van het experiment zijn geregistreerd-mondhygiënist nog bevoegd een drietal voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren. Het eindrapport over het experiment heeft uw Kamer april van dit jaar ontvangen (Kamerstukken II 2023/24 29 282, nr. 573). De Minister van VWS

verwacht voor het einde van dit jaar een beleidsreactie op het eindrapport aan uw Kamer te zenden.

Vraag 85

Kunt u via een tabel aangeven welke investeringen die op het VWS-terrein waren aangekondigd in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord van kabinet Rutte IV reeds zijn gerealiseerd, welke nog gepland staan en welke inmiddels zijn geschrapt? Kunt u daarbij ook de investeringen meenemen die reeds zijn doorgevoerd, maar waarvan het totale bedrag nog oploopt ten opzichte van de gerealiseerde besparing in 2024?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de originele bedragen opgenomen zoals begroot in de budgettaire bijlage van Rutte IV.

De onderstaande tabel zijn de reeksen zoals opgenomen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord Rutte IV. Dit komt niet meer in alle gevallen overeen met de ingeboekte ombuigingen, diverse ombuigingen zijn alternatief gedekt.

<i>Intensiveringen Rutte IV</i>	2024	2025	2026	Struc	Jaar	Toelichting
Envelop pandemische paraatheid (o.a. ic-opschaling, leveringszekerheid)	300	300	300	300	2024	Het hoofdlijnenakkoord draait deze intensivering structureel terug vanaf 2025. In 2025 en 2026 is deze ombuiging € 50 miljoen, en dit loopt op naar € 300 miljoen in 2029.
Eén tegen eenzaamheid	10	10	0	0	2026	De beschikbare middelen voor Eén tegen eenzaamheid zijn opgenomen in het beleid. De middelen worden ingezet en beschikbaar gesteld aan gemeenten via de brede SPUK-regeling.
Opleidingsakkoord: gerichte waardering zorgmedewerkers	50	0	0	0	2025	Deze middelen zijn ingezet voor het Investeringsakkoord Opleiding in de Wijkverpleging (IOW), wat moet leiden tot het inrichten van een regionaal – en waar passend landelijk – opleidingsaanbod waarin op innovatieve, toekomstbestendige en efficiënte wijze vorm en inhoud wordt gegeven aan opleiden en scholing in de wijkverpleging. Vanwege een vertraagde start is in 2024 echter € 37,5 mln. van deze middelen incidenteel vrijgevallen.
Eigen bijdrage huishoudelijke hulp	10	- 80	- 80	- 80	2025	Deze maatregel is komen te vervallen en vervangen door het Wetsvoorstel vervanging abonnementstarief Wmo 2015. De beschikbare investeringsmiddelen voor de oorspronkelijke eigen bijdrage huishoudelijke hulp zijn echter wel beschikbaar gebleven voor de uitvoering van het nieuwe wetsvoorstel en zijn dus grotendeels opgenomen in het beleid. Er resteert echter nog een gedeelte op de Aanvullende Post van het Ministerie van Financiën.
Prenatale screening	38	38	38	38	2023	De intensiveringen in prenatale screening zijn ingezet om de niet-invasieve prenatale test (NIPT) kosteloos beschikbaar te stellen aan (aanstaande) ouders.
Rapporteur verslaving	0,5	0,5	0,5	0,5	2022	Er is een nationaal rapporteur verslavingen aangesteld. De middelen worden gebruikt voor de personeelskosten van het secretariaat, en worden daarnaast via subsidies en opdrachten tot besteding gebracht.
Preventieakkoord	60	60	0	0	2026	De beschikbare middelen voor preventie zijn opgenomen in het beleid. Deze middelen worden ingezet en beschikbaar gesteld voor de aanpak van overgewicht, bevordering van beweging, mentale gezondheid, en aan gemeenten via de brede SPUK-regeling.

<i>Intensivering Rutte IV</i>	2024	2025	2026	Struc	Jaar	Toelichting
Volksziektes: Onderzoek en aanpak Alzheimer, obesitas en kanker	100	100	0	0	2026	De beschikbare middelen voor volksziektes zijn opgenomen in het beleid. Deze middelen worden beschikbaar gesteld voor de aanpak van overgewicht, een gezonde leefstijl en omgeving, alzheimer, kanker, en aan gemeenten via de brede SPUK-regeling.
Sportstimulering	25	25	25	25	2022	De beschikbare middelen voor sportstimulering zijn opgenomen in het beleid. Deze middelen worden ingezet en beschikbaar gesteld voor de professionalisering van sportaanbieders, integriteit in de sport, onderzoek, accommodaties, en aan gemeenten via de brede SPUK-regeling.
Suicide preventie	2	2	2	2	2022	De intensivering in suicidepreventie is opgenomen in het beleid.
Versterking organisatiegraad basiszorg	40	35	20	0	2027	Hiervoor is reeds een ZonMw programma gestart dat aansluit bij de Visie Eerstelijnszorg 2030.
Meer tijd voor huisartsen	8	12	48	120	2028	Er is € 43,5 miljoen structureel beschikbaar gesteld voor het opleiden van meer huisartsen. Voor het stimuleren van extra opleiden van PA en VS in de huisartsenzorg is € 4 miljoen beschikbaar gesteld tussen 2023 en 2025. De resterende middelen zijn gereserveerd op Nominaal en onverdeeld.
Verbeteren palliatieve zorg	30	40	50	0	2027	De middelen voor het verbeteren van palliatieve zorg zijn opgenomen in het beleid. De middelen zijn opgenomen in onder andere het programma NPPZ II.
Respijtzorg	10	10	10	10	2022	De middelen voor respijtzorg zijn opgenomen in het beleid. De middelen worden ingezet en beschikbaar gesteld aan gemeenten via de brede SPUK-regeling.
Woon-zorg combinaties en stimulering langer thuis wonen	87,5	100	0	0	2026	De middelen voor Woon-zorg combinaties en Stimulering langer thuis wonen zijn opgenomen in het beleid via het WOZO programma.
Onbeperkt meedoen	5	5	5	5	2023	De middelen zijn verwerkt in het beleid en worden via subsidies en opdrachten tot besteding gebracht.
Dak- en thuislozen	65	65	65	65	2022	De middelen voor de aanpak van dak- en thuislozen zijn grotendeels (€ 55 miljoen) structureel beschikbaar gesteld aan gemeenten via de decentralisatie uitkering Nationaal Actieplan Dakloosheid. In 2024 is er tevens € 7 miljoen beschikbaar aan gemeenten voor de specifieke aanpak dakloze EU-burgers. De overige middelen worden via de subsidies en opdrachten ingezet.
Passende zorg als norm in Zvw	60	83	100	66	2031	De investeringsmiddelen voor Passende Zorg zijn grotendeels overgeheveld naar de VWS-begroting vanaf de Aanvullende Post bij het Ministerie van Financiën. In 2026 – 2029 resteert nog € 68 miljoen in totaal op de Aanvullende Post.
Valpreventie	115	115	118	135	2031	De investeringsmiddelen zijn overgeheveld naar de VWS begroting vanaf de Aanvullende Post bij het Ministerie van Financiën. De middelen ten behoeve van valpreventie zijn onderdeel van het beleid en zijn ook deels opgenomen in de brede SPUK regeling.
Scheiden wonen en zorg	200	200	200	0	2027	De middelen zijn als transitie-middelen scheiden wonen en zorg opgenomen in het beleid van VWS, met een ander kasritme dan zoals opgenomen in de budgettaire bijlage van Rutte IV. De middelen worden geïnvesteerd om zo zorgaanbieders te ondersteunen bij het realiseren van scheiden wonen en zorg.

<i>Intensivering Rutte IV</i>	2024	2025	2026	Struc	Jaar	Toelichting
Integraal zorgakkoord transformatiemiddelen	228	228	228	0	2027	De transformatiemiddelen voor IZA en de investeringsmiddelen voor JZOJP zijn op basis van het IZA gebundeld. Deze middelen zijn vanaf de Aanvullende Post bij het Ministerie van Financiën overgeheveld naar de VWS-begroting. Het
Juiste zorg op de juiste plek	380	380	380	0	2028	kasritme is gewijzigd ten opzichte van de budgettaire bijlage van Rutte IV. De transformatiemiddelen voor 2027 en 2028 staan deels op de Aanvullende Post (€ 300 miljoen resp. € 600 miljoen).
Standaardisatie gegevensuitwisseling	400	200	200	0	2029	Voor gegevensuitwisseling is in de afgelopen twee jaar een significant deel overgeheveld van de aanvullende post naar de VWS-begroting. Er resteert nog ongeveer € 525 miljoen op de aanvullende post van 2026 tot en met 2028. Over de inzet van de resterende middelen zal bij voorjaarsbesluitvorming 2026 een besluit worden genomen. De middelen zijn opgenomen in het VWS beleid via de begroting. De middelen zijn onder andere ingezet voor de subsidieregeling intergenerationeel wonen waarmee sociale interactie en cohesie tussen jongeren en ouderen in de woonomgeving wordt gestimuleerd.
Stimuleren van wooncombinaties van jongeren en ouderen	20	30	40	50	2027	

Vraag 86

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat die oploopt tot structureel € 130 miljoen vanaf 2032 in verband met de maatregel «Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt en welk deel van de bezuiniging in 2024 al gerealiseerd is?

Antwoord:

Dat klopt. Zoals uit onderstaande tabel blijkt is er in 2024 € 35 miljoen gerealiseerd.

	2023	2024	2025	2026	2027
Deel hulpmiddelen		- 5	- 10	- 15	- 20
Deel intramuraal geneesmiddelen	- 7,5	- 15	- 20	- 25	- 30
Deel extramuraal geneesmiddelen	- 7,5	- 15	- 20	- 25	- 30
Totaal	- 15	- 35	- 50	- 65	- 80

	2028	2029	2030	2031	2032
Deel hulpmiddelen	- 20	- 20	- 20	- 20	- 20
Deel intramuraal geneesmiddelen	- 35	- 40	- 45	- 50	- 55
Deel extramuraal geneesmiddelen	- 35	- 40	- 45	- 50	- 55
Totaal	- 90	- 100	- 110	- 120	- 130

Vraag 87

In hoeverre is de besparing die in het kader van het Integraal Zorgakkoord is ingeboekt in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord van kabinet Rutte IV gerealiseerd? En kloppen de cijfers voor de verwachte besparing in de komende jaren nog steeds?

Antwoord:

De besparing die samenhangt met het IZA uit de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord Rutte IV is verwerkt in de meerjarenkaders die zijn afgesproken in het IZA. Aangezien de recente (voorlopige) actualisatiecijfers laten zien dat de totale uitgaven van de IZA-sectoren in 2024 per saldo binnen het afgesproken IZA-kader blijven, kan worden verondersteld dat de besparing op totaalniveau wordt gerealiseerd. Op basis van dit gegeven en gezien het commitment van de IZA-partijen op de financiële afspraken is mijn verwachting dat de besparing ook de komende jaren wordt gerealiseerd. In onderstaande tabel is weergegeven hoe de recente verwachting van de uitgaven in 2024 (op basis van twee kwartalen declaraties 2024) zich verhoudt tot de afgesproken kaders in het IZA.

Bedragen x € 1 miljoen	MSZ	GGZ	Wijkverpleging	Huisartsen-zorg	MDZ	Totaal
IZA kader	30.215	5.303	4.415	4.318	911	45.162
Voorlopige realisatie uitgaven	29.917	5.505	3.383	4.487	918	44.210
Opleidingsfonds wijkverpleging (buiten Zvw)			60			60
Verschil (+ is overschrijding)	- 298	202	- 971	169	7	- 891

Vraag 88

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat die oploopt tot structureel € 300 miljoen vanaf 2027 in verband met de maatregel «Juiste zorg op de juiste plek»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt?

Antwoord:

Ja. De maatregel «Juiste zorg op de juiste plek» is afkomstig uit de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord Rutte IV met een oplopende reeks zoals opgenomen in onderstaande tabel. De reeks in de budgettaire bijlage is een saldo van de te realiseren besparing (bezuiniging) en de (tijdelijke) toegekende transitie-middelen. De besparing is onderdeel van de meerjarenkaders die zijn afgesproken in het IZA. De transitie-middelen zijn onderdeel van de transformatie-middelen van in totaal € 2,8 miljard zoals afgesproken in het IZA.

Bedragen x € 1 miljoen	2025	2026	2027	structureel
Besparing	- 100	- 200	- 300	- 300
Transitiemiddelen 2023–2027	380	380	380	0
Totaal	280	180	80	- 300

Vraag 89

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van structureel € 130 miljoen vanaf 2026 in verband met de maatregel «Terugdraaien intensivering zorgarbeidsmarktbeleid»? Zo ja, via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

Ja, dat klopt. De budgettaire bijlage van het Hoofdlijnenakkoord liet zien dat de reeks middelen beschikbaar voor arbeidsmarktbeleid – te weten 130 miljoen – per 2026 niet meer beschikbaar is. Dat betekent dat aflopende subsidies en opdrachten die de afgelopen jaren van dit budget werden bekostigd (waar Sectorplanplus de grootste van was) in de regel zullen stoppen per 1 januari 2026. Vanaf 1 januari 2026 is er daarmee dus geen subsidie meer beschikbaar voor werkgevers in zorg en welzijn om een extra impuls te geven aan opleidingsprojecten die gericht zijn op nieuwe instroom, op- en omscholing en behoud van medewerkers in de sector zorg en welzijn. Werkgevers dragen nu al een deel van voorbedeelde kosten en daarmee wordt het te bekostigen deel voor werkgevers groter vanaf 1 januari 2026.

Vraag 90

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 50 miljoen in 2025, oplopend tot structureel € 300 miljoen, die is gekoppeld aan de maatregel «Verlagen intensivering publieke gezondheid»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt? Via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

Met de maatregel «Verlagen intensivering publieke gezondheid» wordt de gehele intensivering van het vorige kabinet in pandemische paraatheid stapsgewijs teruggedraaid. Het betreft o.a. de versterking van GGD-en, de inrichting van de LFI, de intensivering op infectieziektebestrijding, versterking van het IV-landschap, internationale samenwerking en de bevordering van kennis, onderzoek en innovatie. Met de maatregel wordt ook de intensivering in de pandemische paraatheid van de curatieve en langdurige zorg teruggedraaid. Zo ook de intensivering in leveringszekerheid van genees- en hulpmiddelen, opleiding van artsen infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid op de BES eilanden. In onderstaande tabel is de bezuiniging uit het Hoofdlijnenakkoord, die door de meerderheid van de Kamer wordt gedragen, weergegeven.

(in miljoenen eur)	2025	2026	2027	2028	Struct.
Ombuiging PP	- 50	- 50	- 150	- 200	- 300

Deze bezuiniging heeft uiteraard grote impact op de voortgang die we op dit onderwerp kunnen en willen maken. Dat raakt vanaf 2025 uiteraard de bescherming tegen en bestrijding van infectieziektenuitbraken, maar heeft ook bredere gevolgen voor basis noodzorg in Nederland. In het Regeerprogramma is de kabinetsbrede inzet op het versterken van de maatschappelijke weerbaarheid opgenomen. Hier maakt de zorg een belangrijk onderdeel van uit. Dit samenhangend overheidsbreed weerbaarheidsbeleid wordt in de komende maanden verder uitgewerkt onder regie van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). In dit traject zal ook de weerbaarheidsopgave van VWS nader worden geconcretiseerd. Daarbij zullen ook de gevolgen van de bezuiniging op pandemische paraatheid, die in het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken, worden betrokken.

Vraag 91

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 250 miljoen in 2025, oplopend tot structureel € 590 miljoen, die is gekoppeld aan de maatregel «Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg: volumegroei gelijk aan laatste jaar IZA (i.c.m. MBI)»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt? Via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd? Hoe verhoudt deze zich precies tot de reeds ingeboekte besparing in verband met het Integraal Zorgakkoord (IZA)?

Antwoord:

In het hoofdlijnenakkoord is inderdaad een maatregel voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg opgenomen, overigens niet vanaf 2025, maar vanaf 2027. De maatregel kent de oploop zoals vermeld in onderstaande tabel.

Bedragen x € 1 miljoen)	2027	2028	Structureel
Maatregel voortbouwen hoofdlijnenakkoord	- 250	- 590	- 590

Het doel van deze maatregel is dat het bestaande zorgakkoord wordt verbreed, geïntensiveerd en geconcretiseerd in een aanvullend zorg en welzijnsakkoord tot en met 2028. Dit aanvullend zorgakkoord moet leiden tot een minder hoge groei van zorguitgaven in de Zvw.

De opbrengst van deze maatregel is bepaald door het verschil te nemen tussen de geraamde uitgaven bij beleidsarme volumegroei (conform CEP 2024 van het CPB) en de uitgaven bij het voortzetten van de groeipercentages uit 2026.

Hierbij is vervolgens rekening gehouden met de oploop van reeds ingeboekte maatregelen uit Rutte IV die onderdeel zijn van de financiële afspraken in het IZA (2023–2026). De afspraken uit het IZA leiden tot een besparing die oploopt tot € 1,9 miljard in 2026. Verschillende ingeboekte maatregelen van Rutte IV lopen in 2027 en 2028 verder op (met circa € 500 miljoen in 2028). De uitgavenkaders voor het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord houden rekening met zowel die oploop als de in het hoofdlijnenakkoord ingeboekte opbrengst.

Vraag 92

Hoeveel geld heeft het kabinet vrijgemaakt voor het specifiek wegwerken van de wachtlijsten in de verpleeghuiszorg?

Antwoord:

Het kabinet maakt elk jaar middelen vrij om de zorg voor een groeiend aantal cliënten in de langdurige zorg te bekostigen. Zoals in de definitieve kaderbrief Wlz 2025 uiteengezet¹⁵, heeft het kabinet voor 2025 circa € 1,2 miljard toegevoegd als groeiruimte om groei van het aantal Wlz-cliënten te kunnen bekostigen. Deze groeiruimte is beschikbaar voor alle Wlz sectoren, waaronder de verpleeghuiszorg. Er zijn daarbij geen middelen specifiek gelabeld voor het wegwerken van de wachtlijsten.

Vraag 93

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van structureel € 85 miljoen vanaf 2027 in verband met de maatregel «Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging»? Zo ja, via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

Dat is juist. Met de maatregel wordt beoogd de zorg binnen de ongecontracteerde wijkverpleging meer doelmatig in te zetten. Dit moet leiden tot lagere zorguitgaven in de Zorgverzekeringswet (kader wijkverpleging).

Vraag 94

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 35 miljoen in 2027, oplopend tot structureel € 210 miljoen, die is gekoppeld aan de maatregel «Versnelling opschaling digitale zorg in de Wijkverpleging»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt? Via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

Ja, het klopt dat versnelling en opschaling van digitale zorg in de wijkverpleging moet leiden tot een besparing. In de tabel ziet u deze besparing in de wijkverpleging. De besparing betreft een maatregel waardoor de premiegefinancierde uitgaven van de verzekeraars afnemen. Met het oog daarop is het kader wijkverpleging verlaagd.

Naast de besparing is er ook geld gereserveerd om de gewenste versnelling te ondersteunen. Samen met het veld wordt bekeken hoe die ondersteuning er uit moet zien.

¹⁵ Kamerstukken II, vergaderjaar 2024–2025, 34 104, nr. 412.

Besparing (in € mln)	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030 struc.	
Versnelling opschaling digitale zorg in de wijkverpleging	0,0	0,0	0,0	0,0	-35,0	-85,0	-141,6	-192,3	-210,0
i. Waarvan besparing	0,0	0,0	0,0	0,0	-52,7	-102,7	-159,3	-210,0	-210,0
ii. Waarvan transitie-middelen	0,0	0,0	0,0	0,0	17,7	17,7	17,7	17,7	0,0

Vraag 95

Klopt het dat er een bezuiniging gepland staat van € 45 miljoen in 2027, oplopend tot structureel € 270 miljoen, die is gekoppeld aan de maatregel «Versnelling opschaling digitale zorg in de Wijkverpleging»? Zo ja, zou u in een tabel een overzicht kunnen geven hoe deze bezuiniging per jaar oploopt? Via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

De in de vraag genoemde reeks heeft betrekking op een besparing in de verpleeg- en gehandicaptenzorg. In de tabel hieronder ziet u deze besparing. De besparing betreft een maatregel waardoor de premiegefinancierde uitgaven van de verzekeraars afnemen. Met het oog daarop is het Wlz-kader verlaagd.

Er zijn ook middelen beschikbaar om de versnelling te ondersteunen. Samen met het veld wordt bekeken hoe die ondersteuning er uit moet zien.

Besparing (in € mln)	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030 struc.	
Versnelling opschaling digitale zorg in verpleeg- en gehandicaptenzorg	0,0	0,0	0,0	0,0	-45,0	-110,0	-182,5	-247,2	-270,0
i. Waarvan besparing	0,0	0,0	0,0	0,0	-67,8	-132,8	-205,3	-270,0	-270,0
ii. Waarvan transitie-middelen	0,0	0,0	0,0	0,0	22,8	22,8	22,8	22,8	0,0

Vraag 96

Aan welke kritische geneesmiddelen wordt het budget van € 7,4 miljoen in 2025 uitgegeven?

Antwoord:

Het budget is bestemd voor het laten opbouwen en onderhouden van een extra voorraad van twee groepen geneesmiddelen. Het gaat allereerst om de antibiotica die volgens de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid Nederland (SWAB) essentieel zijn. Daarnaast gaat het om de salbutamol aerosolen, een product dat met name bij kinderen met ademhalingsproblemen wordt toegepast. Bij beide groepen geneesmiddelen traden in 2023 en 2024 herhaaldelijk tekorten op.

Vraag 97

Klopt het dat de ingeboekte bezuiniging op het geneesmiddelenvergoedingsstelsel definitief van tafel is?

Antwoord:

Dat klopt, de bijbehorende besparing van € 140 miljoen euro is ingevuld met alternatieve dekking.

Vraag 98

Hoeveel (her)beoordelingen van geneesmiddelen kan het Zorginstituut in 2025 uitvoeren met de beschikbare personeels- en budgetcapaciteit?

Antwoord:

Het Zorginstituut kan op voorhand niet precies bepalen hoeveel geneesmiddelenbeoordelingen er in 2025 uitgevoerd zullen worden en hoeveel capaciteit daarvoor nodig is. Het Zorginstituut verwacht tussen de 55 en 65 beoordelingen uit te voeren. Er zijn een paar factoren die van invloed zijn op het precieze aantal. Zo start een beoordeling pas als een fabrikant een compleet vergoedingsdossier indient. Daarbij geldt dat voor lang niet alle (sluis)geneesmiddelen een (compleet) vergoedingsdossier wordt ingediend. Daarnaast is het ene vergoedingsdossier eenvoudiger en sneller te beoordelen dan het andere dossier.

Het Zorginstituut past twee strategieën toe om voldoende capaciteit beschikbaar te hebben. Ten eerste kijkt het Zorginstituut met Horizon-scanning vooruit hoeveel nieuwe geneesmiddelen er volgend jaar op de Nederlandse markt kunnen komen. Het Zorginstituut bekijkt of haar beoordelingscapaciteit daarop aangepast moet worden en of ze daarvoor de juiste expertise heeft. Voor 2025 leidt dit ertoe dat het Zorginstituut de beoordelingscapaciteit licht laat stijgen. Ten tweede is er flexibiliteit binnen het takenpakket van het personeel dat beoordelingen uitvoert. In het geval er meer vergoedingsdossiers voor geneesmiddelen binnenkomen dan verwacht, dan kan het personeel tijdelijk minder urgente taken laten liggen om voorrang te geven aan een geneesmiddelenbeoordeling.

Vraag 99

Hoeveel geld trekt u in 2025 uit voor de aanpak van kanker? Waar wordt dit aan geld aan uitgegeven?

Antwoord:

Het antwoord op de vraag hoeveel VWS in 2025 uittrekt voor de aanpak van kanker is gebaseerd op de bedragen die te vinden zijn in de ontwerp-begroting 2025 van VWS en staat dus los van (te verwachten) kanker gerelateerde zorguitgaven op grond van vooral Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg. Een overzicht maken van de uitgaven aan kankerbestrijding op de VWS-begroting is complex. Dat komt doordat het Ministerie van VWS in de regel geen ziekte specifiek beleid voert. Daar komt nog bij dat de nodige uitgaven op de VWS-begroting weliswaar ten goede komen aan kankerbestrijding, maar niet zonder meer kunnen worden gekwalificeerd als uitgaven aan kankerbestrijding dan wel niet kunnen worden gekwantificeerd.

Een voorbeeld van die laatste categorie is HPV-vaccinatie ter preventie van baarmoederhalskanker. HPV-vaccinatie is onderdeel van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), maar welk deel van de voorgenomen uitgaven voor het RVP op HPV-vaccinatie betrekking heeft valt (in dit stadium) niet te zeggen. Er zijn meer voorbeelden van uitgaven die niet één op één kunnen worden aangemerkt als uitgaven voor kankerbestrijding en die dus ook om die reden niet kunnen worden gekwantificeerd. Zo draagt VWS-beleid op het terrein van tabak, alcohol, overgewicht, sport en bewegen weliswaar bij aan de preventie van kanker, maar het komt ook aan de preventie van andere ziekten ten goede. Andere voorbeelden zijn uitgaven die VWS doet voor palliatieve zorg en de ontwikkeling van medische isotopen.

In het licht van het voorgaande is het hiernavolgende overzicht van uitgaven aan kankerbestrijding op de VWS-begroting 2025 te beschouwen als een absoluut minimum: € 227.048.000. In onderstaande tabel wordt duidelijk hoe we tot dit bedrag komen.

Uitgaven kankerbestrijding op VWS-begroting 2025	Bedrag
Bevolkingsonderzoeken (baarmoederhalskanker, darmkanker en borstkanker)	€ 157.000.000,00
Verbeteren oncologische zorg, waaronder:	€ 66.600.000,00
Instellingssubsidie NKI	€ 19.517.000,00
Instellingsubsidie IKNL	€ 41.467.000,00
Instellingssubsidie PALGA	€ 5.285.000,00
Contributie International Agency for Research on Cancer (IARC)	€ 797.000,00
Preventie huidkanker	€ 1.700.000,00
Subsidie Toekomstbestendige organisatie en inf. Psychosociale zorg bij kanker	€ 154.000,00
Totaal directe kosten	€ 227.048.000,00

Vraag 100

Kunt u middels een tabel een totaaloverzicht geven van alle beleidsmatige bezuinigingen/besparingen die voor 2025 en/of de jaren daarna gepland staan? Kunt u daarbij ook aangeven op welke zorgwetten/budgetten (bv. Wlz, Zvw, gemeentefonds, VWS-begroting) deze bezuinigingen/besparingen betrekking hebben? Kunt u daarbij ook de bezuinigingen/besparingen meenemen die reeds zijn doorgevoerd, maar waarvan het totale bedrag nog oploopt ten opzichte van de gerealiseerde besparing in 2024?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn alle beleidsmatige ombuigingen opgenomen voor de komende jaren. Dit zijn ombuigingen die overgenomen zijn van het coalitieakkoord Rutte IV, en de toevoegingen uit het hoofdlijnenakkoord. In de tabel is aangegeven of deze betrekking hebben op de Zvw, Wlz, of de VWS-begroting. De maatregelen waar een asterisk bij staat zijn alternatief gedekt voor 2025. Daarom staan deze op «0» in de tabel.

Omschrijving	2025	2026	2027	2028	2029	Struc	Struc in
Zvw	- 1.089	- 1.854	- 2.565	- 3.157	- 3.390	- 4.475	
IZA (Rutte IV)	- 886	- 1.281	- 1.489	- 1.489	- 1.489	- 1.489	2027
Vormgeving ER (Rutte IV)	0*	- 200	0	0	0	0	2027
Gegevensuitwisseling (Rutte IV)	0	0	- 113	- 227	- 340	- 340	2029
Stimulering 1,5-lijnszorg (Rutte IV)	0	0	- 50	- 50	- 50	- 50	2027
Juiste Zorg op de Juiste Plek (Rutte IV)	- 100	- 200	- 300	- 300	- 300	- 300	2027
Passende Zorg (Rutte IV)	- 23	- 70	- 117	- 187	- 233	- 1.206	2037
Doelmatige inkoop geneesmiddelen/medische technologie (Rutte IV)	- 50	- 65	- 80	- 90	- 100	- 130	2032
Valpreventie (Rutte IV) ¹	- 30	- 38	- 46	- 54	- 61	- 75	2031
Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg (Schoof)	0	0	- 250	- 590	- 590	- 590	2029
Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging (Schoof)	0	0	- 85	- 85	- 85	- 85	2027
Versnelling opschalen digitale zorg in de wijkverpleging (Schoof)	0	0	- 35	- 85	- 142	- 210	2027
Wlz	- 116,2	- 845	- 983	- 1.092	- 1.205	- 2.235	
Doorontwikkeling kwaliteitskader (Rutte IV)	0*	- 350	- 350	- 350	- 350	- 350	2026
Meerjarig contracteren (Rutte IV)	0*	- 135	- 135	- 135	- 135	- 135	2026
Behandeling Wlz (Rutte IV)	0*	- 170	- 170	- 170	- 170	- 170	2025
Scheiden wonen en zorg (Rutte IV)	- 86,2	- 130	- 173	- 217	- 257	- 1.200	2052
Maatwerk persoonsgebondenbudget (Rutte IV)	- 30	- 60	- 110	- 110	- 110	- 110	2027
Versnelling opschaling digitale zorg in de Wlz (Schoof)	0	0	- 45	- 110	- 183	- 270	2029
Gemeentefonds	- 374	- 1.186	- 1.242	- 1.242	- 1.242	- 1.242	
Inkomensafhankelijke EB Wmo (Rutte IV)	0	- 225	- 225	- 225	- 225	- 225	2026
Hervormingsagenda Jeugd (Rutte IV)	- 374	- 961	- 1.017	- 1.017	- 1.017	- 1.017	2027
Begrotingsgefinancierd	- 68	- 409	- 570	- 705	- 810	- 810	
Subsidietaakstelling (Schoof)	0*	- 124	- 176	- 251	- 252	- 252	2028
Terugdraaien intensivering zorgarbeidsmarktbeleid (Schoof)	0	- 130	- 130	- 130	- 130	- 130	2026
SPUK naar GF/PF met 10% korting (Schoof)	0	- 73	- 67	- 63	- 60	- 60	2029
Terugdraaien intensivering publieke gezondheid (Schoof)	- 50	- 50	- 150	- 200	- 300	- 300	2029
Terugdraaien groei apparaat Rijksoverheid (Schoof)	- 18	- 32	- 47	- 61	- 68	- 68	2028
Totaal	- 1.647	- 4.294	- 5.360	- 6.196	- 6.647	- 8.762	

¹ Valpreventie is verdeeld over drie domeinen (Zvw, Wlz en Gemeentefonds) en is dus niet geheel toe te schrijven aan de Zvw.

Vraag 101

Met welke organisaties in de zorg gaat u samenwerken aan een investeringsmodel voor preventie?

Antwoord:

In het Regeerprogramma 2025–2028 en in de beleidsagenda VWS 2025 is opgenomen dat het kabinet gaat werken aan een investeringsmodel voor preventie. In dit te ontwikkelen investeringsmodel voor preventie worden de kostenbesparingen die over de tijd worden gerealiseerd binnen het

betreffende beleidsterrein gebruikt voor de financiering van preventieve maatregelen. Binnen dit model worden de risico's tussen betrokken partijen duidelijk in kaart gebracht en effectief gespreid, zodat financiële en maatschappelijke voordelen evenwichtig kunnen worden benut. Op dit moment vragen investeringen in preventie elke keer aparte besluitvorming, omdat er geen automatische financiering van gezondheidsmaatregelen bestaat, ook niet als het kosteneffectief is of kosten bespaart in de zorg. Dit model is belangrijk voor inzicht in effect van maatregelen in én buiten het zorgdomein. Het geldt voor maatregelen die gezondheidswinst tot doel hebben en voor maatregelen die mogelijk ook een financiële opbrengst hebben. Na de ontwikkeling van het model vindt besluitvorming plaats over de eventuele toepassing van dit model. De Minister van VWS en de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport sturen u voorafgaand aan de begrotingsbehandeling een brief met meer informatie over de ontwikkeling van dit investeringsmodel. In deze brief geven we ook een duiding van de partijen die hierbij betrokken zijn.

Vraag 102

Kunt u middels een tabel een totaaloverzicht geven van alle beleidsmatige investeringen die voor 2025 en/of de jaren daarna gepland staan? Kunt u daarbij ook aangeven op welke zorgwetten/budgetten (bv. Wlz, Zvw, gemeentefonds, VWS-begroting) deze investeringen betrekking hebben? Kunt u daarbij ook de investeringen meenemen die reeds zijn doorgevoerd, maar waarvan het totale bedrag nog oploopt ten opzicht van de gerealiseerde investering in 2024?

Antwoord:

De Minister van VWS interpreteert deze vraag als beleidsmatige intensiveringen die zijn toegevoegd aan de begroting met het hoofdlijnenakkoord en sinds de Voorjaarsnota. In onderstaande tabel zijn deze weergegeven voor de begrotings- en premiegefinancierde uitgaven.

Voor een overzicht van de overige bijstellingen, zie voor de VWS beleidsartikelen de September Suppletoire 2024 en voor de premiegefinancierde uitgaven paragraaf 6.3 de «verticale ontwikkeling van de Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en aanvullende post» van de ontwerp-begroting 2025.

Het kabinet heeft ook besloten enkele maatregelen terug te draaien. Dit betreft structureel de besparing jeugdzorg (511 miljoen euro). Daarnaast is er voor 2025 incidenteel alternatieve dekking gevonden voor de maatregelen tranchering eigen risico 2025 (200 miljoen euro), doorontwikkeling kwaliteitskader verpleeghuiszorg (200 miljoen euro), Behandeling Wlz (170 miljoen euro) en meerjarig contracteren (245 miljoen euro).

Totaaloverzicht van alle beleidsmatige investeringen vanaf 2025 (Bedragen x € 1 miljoen)

	Zorgwet	2025	2026	2027	2028	2029	Struct.
Intensiveringen Hoofdlijnenakkoord							
Investeren in betere ouderenzorg	Premie/Wlz	0	0	600	600	600	600
Vervallen besparing jeugdzorg	Premie/Jeugdwet	0	500	511	511	511	511
Bevriezen eigen risico 2026	Premie/Zvw	0	262	0	0	0	0
Verlagen eigen risico	Premie/Zvw	0	0	4.106	4.345	4.587	4.587
Totaal Intensiveringen Hoofdlijnenakkoord		0	762	5.217	5.456	5.698	5.698
Augustusbesluitvorming intensiveringen							
Besparingsverlies aanpassing WGP	Premie/Zvw	58	58	58	58	58	58
Voortzetting aanpak wachtlijsten ggz	Premie/Zvw	30	30				
Besparingsverlies tranchering eigen risico 2025	Premie/Zvw	200	0	0	0	0	0
Wmo groeirimte 2015	Premie/Wlz	5	5	5	5	5	5
Doorontwikkeling kwaliteitskader verpleeghuiszorg	Premie/Wlz	200	0	0	0	0	0
Behandeling Wlz	Premie/Wlz	170	0	0	0	0	0
Meerjarig contracteren	Premie/Wlz	245	0	0	0	0	0
Platform mentale gezondheid	Begroting	1	1	1	1	1	1

	Zorgwet	2025	2026	2027	2028	2029	Struct.
Versterking ouderenzorg en ggz (BES eilanden)	Begroting	8	6	5	5	5	5
Totaal Augustusbesluitvorming intensiveringen		917	100	69	69	69	69
Totaal intensiveringen		917	862	5.286	5.525	5.767	5.767

Bron: VWS-cijfers

Vraag 103

Kunt u een overzicht geven van alle bezuinigingen, ombuigingen en extensiveringen?

Antwoord:

In onderstaand overzicht zijn alle ombuigingen opgenomen sinds de Voorjaarsnota.

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Begrotingsgefinancierd VWS-begroting						
Terugdraaien intensivering zorg arbeidsmarktbeleid	0	0	- 130	- 130	- 130	- 130
Terugdraaien groei apparaat Rijksoverheid	0	- 19	- 33	- 48	- 63	- 70
SPUK naar GF en PF met 10% budgetkorting	0	0	- 75	- 70	- 66	- 63
Verlagen intensivering publieke gezondheid	0	- 50	- 50	- 150	- 200	- 300
Generieke taakstelling subsidies Rijksbreed	0	- 53	- 124	- 176	- 251	- 252
Generieke budgetkorting op de begroting	0	- 3	- 3	- 3	- 3	- 10
Gedeeltelijke bijstelling loon- en prijsbijstelling	0	- 9	- 9	- 9	- 9	- 9
Inzetten resterende LPO-middelen	0	0	0	- 32	- 7	- 3
Premiegefinancierd VWS-begroting						
Ombuiging op beleid verwarde personen voor derving eigen risico (GGZ)	0	- 3	- 3	- 1	- 1	- 1
Voortbouwen hoofdlijnenakkoord curatieve zorg	0	0	0	- 250	- 590	- 590
Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging	0	0	0	- 85	- 85	- 85
Versnellen opschalen digitale zorg in de wijkverpleging	0	0	0	- 35	- 85	- 142
Versnellen opschalen digitale zorg in de Wlz	0	0	0	- 45	- 110	- 183

Vraag 104

Welke door de Gezondheidsraad positief beoordeelde vaccinaties wachten nog op financiële dekking en hoeveel jaar is reeds verstreken sinds een positief advies?

Antwoord:

Dit betreft de adviezen over gordelroos (2019) en mpox (2023).

Ten tijde van het advies uit 2019 over gordelroos werd de kosteneffectiviteit beoordeeld als ongunstig. In februari 2023 heeft mijn ambtsvoorganger u gemeld dat het aannemelijk lijkt dat gordelroosvaccinatie kosteneffectief kan worden aangeboden (Kamerstuk 32 793, nr. 651). Hiervoor zijn echter geen financiële middelen beschikbaar.

Met betrekking tot het advies uit 2023 over mpox, wordt momenteel aanvullende informatie verzameld om inzicht te krijgen in hoe het structureel aanbieden van mpox-vaccinaties aan risicogroepen doelmatig kan worden vormgegeven. Daarna zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie & Sport besluiten over dit structurele vaccinatieprogramma, onder voorbehoud van beschikbare financiële middelen.

Vraag 105

Kan worden gespecificeerd hoe de besparing van € 8 miljoen op de apotheekzorg wordt gerealiseerd?

Antwoord:

Kinderen uit een medische risicogroep krijgen nu in levensjaar 1 en 2 het middel palivizumab tegen RS (vergoed vanuit de Zvw). De meeste medische risicogroepen krijgen palivizumab alleen in hun eerste

levensjaar. Sommige van deze kinderen moeten ook nog in hun tweede jaar palivizumab krijgen. Dit zal ook nog het geval zijn als er een immunisatieprogramma tegen RSV wordt ingeregeld, aangezien dit kinderen tot 1 jaar betreft. De kosten van palivizumab in het eerste levensjaar worden bespaard. Dit deel van de kosten voor palivizumab in het eerste levensjaar bedraagt circa 8 miljoen euro.

Vraag 106

Kunt u toelichten waarom de uitgaven aan Medische zorg en Langdurige zorg omlaag gaan ten opzichte van 2024 maar dat de uitgaven onder het kopje Overig juist stijgen? Waar heeft dat mee te maken?

Antwoord:

In de onderstaande tabel 1 is een overzicht opgenomen van de netto-zorguitgaven op de Miljoenennotaposter 2024 en 2025. De indeling van deze categorieën en welke onderdelen van de begroting hieronder vallen wordt bepaald door het Ministerie van Financiën. Dit is een andere uitgavendefinitie dan wordt gehanteerd in de VWS-begroting. Uit de onderstaande tabel blijkt dat de netto-zorguitgaven in 2025 ten opzichte van 2024 met € 2,8 miljard zijn gestegen. De Medische zorg is gestegen met € 1,4 miljard, de Langdurige zorg en ondersteuning gedaald met € 0,2 miljard en de post Overig gestegen met € 1,7 miljard.

Tabel 1 Netto-uitgaven opgenomen op de Miljoenennotaposter (bedragen x 1 miljard)

	2024	2025	Verschil
Medische zorg (incl. zorgtoeslag)	69,1	70,4	1,4
Langdurige zorg en ondersteuning	37,5	37,3	- 0,2
Overig	5,2	6,9	1,7
Totaal	111,8	114,6	2,8

De geringe stijging van de uitgaven aan de Medische zorg, de daling bij de Langdurige zorg en ondersteuning en de stijging van de post Overige op de miljoenennotaposter in 2025 ten opzichte van 2024 hebben te maken met technische veranderingen:

- Zo stijgt de post «Overig» doordat in 2025 de uitgaven van de beleidsartikelen «2 Curatieve zorg» en «3 Maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg» zijn opgenomen. In 2024 waren deze posten nog opgenomen onder de Medische zorg en Langdurige zorg en ondersteuning.
- De post Langdurige zorg en ondersteuning daalt doordat de uitgaven van beleidsartikel 3 Maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg niet meer in 2025 onder deze post vallen, terwijl dit in 2024 nog wel het geval was. Daarnaast vallen de uitgaven van Wmo beschermd wonen in 2025 niet meer onder de post Langdurige zorg en ondersteuning, terwijl dit in 2024 nog wel het geval was. Tot slot zijn de begrotingsgefinancierde zorguitgaven in 2025 niet meer onder deze post opgenomen vanwege het afschaffen van de deelplafonds (zie voetnoot 1), terwijl dit in 2024 nog wel het geval was.
- De post Medische zorg groeit beperkt doordat de uitgaven van beleidsartikel 2 Curatieve zorg niet meer in 2025 onder deze post vallen, terwijl dit in 2024 nog wel het geval was. Daarnaast zijn de begrotingsgefinancierde zorguitgaven in 2025 niet meer onder deze post opgenomen vanwege het afschaffen van de deelplafonds (zie voetnoot 1), terwijl dit in 2024 nog wel het geval was.

Met de uitsplitsing in tabel 2 zijn de verschillen/verschuivingen van de Medische Zorg, de Langdurige zorg en ondersteuning en de post Overige inzichtelijk gemaakt.

Tabel 2 Uitsplitsing uitgaven Miljoenennotaposter (bedragen x 1 miljard)

	2024	2025	Verschil
Medische zorg (incl. zorgtoeslag)	69,1	70,4	1,4
<i>Wv Zorgverzekeringswet (Zvw)</i>	<i>60,8</i>	<i>63,4</i>	<i>2,6</i>
<i>Wv Begrotingsgefinancierde zorguitgaven kader Z¹</i>	<i>0,5</i>	<i>-</i>	<i>- 0,5</i>
<i>Wv Art.2. Curatieve zorg²</i>	<i>0,9</i>	<i>-</i>	<i>- 0,9</i>
<i>Wv Zorgtoeslag</i>	<i>6,9</i>	<i>7,0</i>	<i>0,1</i>
<i>Wv Tegemoetkoming specifieke kosten</i>	<i>-</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>
<i>Wv Aanvullende post Financiën (AP)</i>	<i>0,0</i>	<i>-</i>	
Langdurige zorg en ondersteuning	37,5	37,3	- 0,2
<i>Wv Wet langdurige zorg (Wlz)</i>	<i>34,5</i>	<i>37,3</i>	<i>2,8</i>
<i>Wv Begrotingsgefinancierde zorguitgaven kader Z¹</i>	<i>0,0</i>	<i>-</i>	<i>0,0</i>
<i>Wv Art.3. Maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg²</i>	<i>1,0</i>	<i>-</i>	<i>- 1,0</i>
<i>Wv H50 Wmo beschermd wonen³</i>	<i>1,6</i>	<i>-</i>	<i>- 1,6</i>
<i>Wv aanvullende post Financiën (AP)</i>	<i>0,3</i>	<i>-</i>	<i>- 0,3</i>
Overig	5,2	6,9	1,7
<i>Wv Art.1. Volksgezondheid</i>	<i>2,3</i>	<i>2,3</i>	<i>- 0,1</i>
<i>Wv Art.2. Curatieve zorg²</i>		<i>0,9</i>	<i>0,9</i>
<i>Wv Art.3. Maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg²</i>		<i>1,0</i>	<i>1,0</i>
<i>Wv art.4. Zorgbreed beleid</i>	<i>1,4</i>	<i>1,6</i>	<i>0,1</i>
<i>Wv Art.5. Jeugdzorg</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,0</i>
<i>Wv Art. 6. Sport</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,0</i>
<i>Wv. Art.7. Oorlogsgetroffenen</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,0</i>
<i>Wv Art.9. Algemeen</i>	<i>0,0</i>	<i>0,1</i>	<i>0,0</i>
<i>Wv Art.10. Apparaatsuitgaven</i>	<i>0,6</i>	<i>0,6</i>	<i>0,0</i>
<i>Wv. Art.11. Nominaal en onvoorzien</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
<i>Wv Ontvangsten (minpost)</i>	<i>- 0,1</i>	<i>- 0,3</i>	<i>- 0,2</i>
<i>Wv Aanvullende post Financiën (AP)</i>	<i>0,0</i>	<i>-</i>	<i>0,0</i>
<i>Wv Tegemoetkoming specifieke kosten</i>	<i>0,1</i>	<i>-</i>	<i>- 0,1</i>

¹ Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen in 2025 niet meer apart opgenomen onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ). Deze begrotingsgefinancierde zorguitgaven worden, zoals altijd bij de beleidsartikelen van de VWS-begroting gepresenteerd en inhoudelijk toegelicht.

² De beleidsartikelen (Art.2. Curatieve zorg en Art.3. Maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg) zijn in 2024 onder de Medische zorg en Langdurige zorg en ondersteuning opgenomen en in 2025 onder de post «overig», samen met de Overig beleidsartikelen.

³ De Wmo beschermd wonen is in 2024 opgenomen onder de Langdurige zorg en ondersteuning en in 2025 niet opgenomen op de Miljoenennotaposter.

Vraag 107

Wat is de gemiddelde deeltijdfactor uitgesplitst naar eerste- en tweedelijnszorg? En zijn hier de afgelopen jaren veranderingen in te zien?

Antwoord:

In onderstaande tabel is de deeltijdfactor in de verschillende branches van de sector Zorg en Welzijn weergegeven. In de afgelopen jaren zijn daar weinig veranderingen in te zien.

	Q1 2020	Q1 2021	Q1 2022	Q1 2023	Q1 2024
Universitair medische centra	0,81	0,81	0,80	0,80	0,80
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	0,74	0,75	0,74	0,74	0,75
Geestelijke gezondheidszorg	0,77	0,77	0,77	0,77	0,77
Huisartsen en gezondheidscentra	0,58	0,59	0,59	0,60	0,60
Overige zorg en welzijn	0,68	0,69	0,69	0,69	0,70
Verpleging, verzorging en thuiszorg	0,60	0,60	0,60	0,60	0,59
Gehandicaptenzorg	0,67	0,68	0,68	0,69	0,69
Jeugdzorg	0,78	0,78	0,78	0,78	0,78
Sociaal werk	0,73	0,74	0,74	0,74	0,75
Totaal zorg en welzijn	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68

Bron: CBS, AZW Statline

Vraag 108

Wat zijn de eerste reacties op en ervaringen met het nieuwe verdeelcriterium met betrekking tot opleidingsplaatsen voor medisch specialisten?

Antwoord:

Mede naar aanleiding van de motie Paulusma¹⁶ wordt sinds de verdeelronde voor 2024 bij de verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten meer aansluiting gezocht bij de bevolkingsomvang per regio. De introductie van het nieuwe verdeelcriterium heeft de nodige discussie tussen en met de bij het opleiden betrokken veldpartijen opgeleverd over de vraag hoe dit criterium het beste kan worden vormgegeven. Voor sommige regio's betekende dit namelijk dat zij iets meer opleidingsplaatsen kregen, terwijl andere er iets op achteruit gingen. Sommige regio's en wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten waren het daarmee oneens, omdat zij vreesden dat dit ten koste zou gaan van de opleidingskwaliteit. Zoals bij de introductie van het criterium is aangegeven, wordt dit de komende jaren doorontwikkeld. Daarbij worden de inzichten en ervaringen van alle partijen die bij het opleiden van medisch specialisten zijn betrokken benut. Zo zijn in de verdeelronde voor 2025 enkele aanpassingen aangebracht om bepaalde knelpunten in het verdeelproces weg te nemen. De komende tijd zal de doorontwikkeling worden voortgezet. Het doel blijft daarbij om beter rekening te houden met de zorgbehoefte in de regio en tegelijkertijd de opleidingskwaliteit te waarborgen.

Vraag 109

Hoeveel geld gaat er vanuit het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap naar het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als het gaat om academische werkplaatsen en waar is dit terug te vinden in de begroting? Welk percentage hiervan is juridisch verplicht?

Antwoord:

Er gaan geen middelen vanuit de werkplaatsfunctie van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap naar het Ministerie van Volksgezondheid en Sport.

Vraag 110

Waarom wordt er vanuit het veld bezwaar gemaakt tegen de nieuwe verdeelmethode voor AIOS-opleidingsplekken? Wat zijn de mogelijke consequenties van deze bezwaren?

Antwoord:

De verdeling van opleidingsplekken voor medisch-specialisten over Nederland staat open voor bezwaar en beroep. Van deze mogelijkheid is voor de jaren 2023 en 2024 door enkele belanghebbenden gebruik gemaakt. Op de inhoud van deze procedures en de mogelijke consequenties daarvan kan de Minister van VWS niet ingaan zolang deze nog lopen.

Vraag 111

Hoe verhoudt de stelling uit het regeerprogramma dat dit kabinet gezondheidsverschillen wil verkleinen door preventie centraal te stellen zich dat tot de 300 miljoen euro bezuinigingen op publieke gezondheid? Welke preventie programma's zullen het hardst geraakt worden en op basis van welke argumenten of analyse is deze keuze gemaakt? Hoe wilt u de gevolgen opvangen?

Antwoord:

In het regeerprogramma is een verlaging afgesproken van de intensivering publieke gezondheid en infectieziektebestrijding (oplopend naar structureel 300 mln.). Deze verlaging wordt volledig ingeboekt op het

¹⁶ Kamerstukken II 2022/23, 29 247, nr. 369.

beleidsprogramma Pandemische Paraatheid en treft dus geen andere preventie-onderdelen binnen het Ministerie van VWS.

Vraag 112

Hoeveel budget is er beschikbaar voor het tegengaan van gezondheidsachterstanden bij vrouwen, het bevorderen van vrouwengezondheid en het verbeteren van de zorg op het gebied van vrouwspecifieke aandoeningen?

Antwoord:

Voor het Kennisprogramma Vrouwspecifieke gezondheid, dat zal gaan lopen van 2024 t/m 2030 bij ZonMw, is een totaalbudget van € 15 miljoen beschikbaar.

In het programma worden verschillende subsidierondes ingezet, passend bij de diverse programmalijnen.

Vraag 113

Hoeveel budget is er beschikbaar voor het tegengaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

Antwoord:

Vanuit verschillende maatregelen en programma's (van VWS en andere departementen) wordt direct dan wel indirect bijgedragen aan het tegengaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Daardoor is een exact bedrag niet te geven. Het gaat dan om onder andere de middelen in het GALA voor het terugdringen van gezondheidsverschillen, de aanpak Kansrijke Start en de subsidie aan kennisinstituut Pharos en het verlagen van het eigen risico naar € 165.

Vraag 114

Wat is de gemiddelde levensverwachting van mensen uitgesplit naar het inkomen van mensen?

Antwoord:

De levensverwachting bij geboorte is het aantal jaren dat een persoon naar verwachting (nog) zal leven, onder de aanname van gelijkblijvende leeftijdsspecifieke sterftekansen. De meest recente cijfers zijn gebaseerd op het tijdvak 2019/2022. Omdat er verschil zit tussen de levensverwachting van mannen en vrouwen worden deze doorgaans ook apart gegeven.

Voor inkomen is het gestandaardiseerd inkomen gebruikt. Dit is het besteedbaar inkomen gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. De huishoudens zijn naar hoogte van hun gestandaardiseerd inkomen in vijf groepen (kwintielgroepen) met een gelijk aantal huishoudens verdeeld. De inkomensgrenzen tussen deze vijf 20%-groepen verschillen van jaar tot jaar.

Als naast het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen ook het vermogen van huishoudens wordt meegenomen, zijn de verschillen tussen het laagste en het hoogste kwintiel nog groter.

Levensverwachting bij geboorte in jaren	Totaal mannen en vrouwen	Mannen	Vrouwen
Gestandaardiseerd inkomen: 1e 20%-groep	76,3	74,1	78,3
Gestandaardiseerd inkomen: 2e 20%-groep	80,5	78,2	82,5
Gestandaardiseerd inkomen: 3e 20%-groep	82,3	80,7	84,1
Gestandaardiseerd inkomen: 4e 20%-groep	83,6	82	85,2
Gestandaardiseerd inkomen: 5e 20%-groep	84	82,9	85,4

Levensverwachting bij geboorte in jaren	Totaal mannen en vrouwen	Mannen	Vrouwen
Welvaart: 1e 20%-groep	75,9	73,5	78
Welvaart: 2e 20%-groep	80	77,8	82
Welvaart: 3e 20%-groep	82,2	80,5	83,9
Welvaart: 4e 20%-groep	83,6	82	85,3
Welvaart: 5e 20%-groep	84,5	83,2	86,1

Bron: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85445NED/table?dl=AD51D>

Vraag 115

Welke varianten van aanbesteden zijn er in het sociaal domein?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van een toereikend aanbod aan jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Hiervoor heeft de gemeenten verschillende instrumenten tot haar beschikking: zij kan kiezen voor inkoop (aangeboden of open house methode), voor subsidiëren of voor het in eigen beheer uitvoeren¹⁷. Een gemeente kan verschillende redenen hebben om te kiezen voor het ene of het andere instrument. De keuze die de gemeente maakt, is afhankelijk van de specifieke situatie zoals bijvoorbeeld: de aard en omvang van de zorg en (de schaarste op) de (arbeids)markt. Elk instrument heeft zijn voor- en nadelen.

Als een gemeente kiest voor aanbesteden, geldt de Aanbestedingswet 2012. De manieren waarop overheidsorganisaties kunnen aanbesteden, zijn opgenomen in de Aanbestedingswet 2012. In principe geldt dat een gemeente die diensten in het sociaal domein wil aanbesteden, gebruik maakt van de in die wet beschreven «procedure voor sociale en andere specifieke diensten (SAS)». Deze «SAS-procedure» of «procedure volgens het verlicht regime» is eenvoudiger dan de andere, reguliere aanbestedingsprocedures die de Aanbestedingswet 2012 kent. Indien een gemeente toch kiest voor een reguliere aanbestedingsprocedure, dient zij dit te motiveren.¹⁸

Vraag 116

Hoe werkt subsidiëren bij inkoop in het sociaal domein precies? Welke manieren van selectie van subsidieontvangers zijn er bijvoorbeeld?

Antwoord:

Allereerst wordt opgemerkt dat subsidiëren geen vorm van inkopen is. Als een gemeente jeugdzorg of maatschappelijke ondersteuning niet in eigen beheer wil laten uitvoeren, kan zij deze inkopen (aangeboden of toepassen van de open house methode) of subsidiëren. Een belangrijk verschil tussen inkopen en subsidiëren is dat de activiteit waarvoor subsidie wordt verstrekt in beginsel niet juridisch afdwingbaar is, terwijl dat voor de dienst die wordt ingekocht wel geldt.

Als een gemeente ervoor kiest om een bepaalde vorm van jeugdzorg of maatschappelijke ondersteuning te subsidiëren en zij daarbij wil selecteren op de te subsidiëren aanbieders, zal zij een subsidietender moeten uitschrijven. Bij een subsidietender formuleert de gemeente eerst de selectie- en (minimum)kwaliteitscriteria waarop zij wil selecteren. Vervolgens rangschikt zij de subsidieaanvragen naar de mate waarin de aanvragen aan deze criteria voldoen. De aanbieders met de aanvragen die het best aan de criteria voldoen, ontvangen subsidie totdat het subsidieplafond of het maximum aantal subsidieontvangers is bereikt.

Vraag 117

¹⁷ Kamerstukken II 2023/24, 31 765, nr. 846.

¹⁸ Artikel 2:38 Aanbestedingswet 2012.

Zijn er wettelijke beperkingen over voor hoe lang een contract in het sociaal domein door een gemeente mag worden afgegeven bij aanbesteden? Hoe zit dit bij een subsidierelatie?

Antwoord:

De Aanbestedingswet 2012 schrijft in het algemeen voor het sociaal domein geen maximum contractduur voor. Uitgangspunt van de Aanbestedingswet 2012 is wel dat iedere aanbieder een eerlijke kans op een overheidsopdracht krijgt. Dit impliceert dat contracten niet heel erg lang mogen lopen of onbeperkt verlengd mogen worden. Het vergunde werk zal derhalve eens in de zoveel jaar opnieuw aanbesteed moeten worden, opdat ook aanbieders die eerder zijn afgewezen of aanbieders die nieuw zijn op de markt een kans maken op een contract.

Een algemeen uitgangspunt bij contractering in het sociaal domein is dat een gemeente vooraf bepaalt wat de meest geschikte contractduur is voor de dienst die ingekocht wordt. Wat een redelijke contractduur is, is afhankelijk van de soort zorg die wordt ingekocht en van de overige (strategische) doelstellingen van het contract. In de praktijk is een contractduur tussen de 5 en 9 jaar (inclusief verlengingen) redelijk. De bewindslieden van VWS bevorderen het afsluiten van lange termijn contracten in het sociaal domein, omdat langere termijn contracten de samenwerking en de zorgcontinuïteit in het sociaal domein kunnen bevorderen. Ook kunnen langer lopende contracten meer rust in het zorgveld bieden.

Er zijn in beginsel geen wettelijke beperkingen aan de duur van een subsidie. Gemeenten kunnen wel zelf een maximumtermijn stellen aan subsidies. Dit kan per gemeente verschillen.

Vraag 118

In hoeverre is het nu mogelijk voor gemeenten om winstuitkeringen te verbieden, aanbieders met een winstoogmerk uit te sluiten van aanbestedingsprocedures en/of beperkingen te stellen aan winstuitkeringen?

Antwoord:

Het verbieden van winstuitkeringen in het sociaal domein of het uitsluiten van aanbieders met winstoogmerk van aanbestedingsprocedures is niet proportioneel als er minder vergaande maatregelen mogelijk zijn. Dit volgt uit het eigendomsrecht zoals dat is neergelegd in het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en de vrij verkeersbepalingen uit het EU-Verdrag. Gemeenten kunnen wel excessieve winsten voorkomen door bij inkoopprocedures zoals aanbesteden vooraf goede kwaliteitseisen te stellen, tariefdifferentiatie toe te passen en deze niet alleen op voorhand maar ook tijdens de uitvoering van het contract te controleren via het gemeentelijk toezicht en goede monitoring en contractmanagement.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werkt aan een voorstel voor een «Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders». In het kader van dat wetsvoorstel, dat naar verwachting in het eerste kwartaal van 2025 bij de Tweede Kamer zal kunnen worden ingediend, zal nader worden ingegaan op het stellen van beperkingen en voorwaarden aan winstuitkeringen.

Vraag 119

Welke mogelijkheden hebben gemeenten om in het sociaal domein concurrentie op prijs te beperken?

Antwoord:

In de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) is een verbod op het louter gunnen op de laagste prijs opgenomen.¹⁹ Daarnaast kunnen gemeenten door middel van het toepassen van een reële prijs en een goede tariefdifferentiatie concur-

¹⁹ Artikel 2.12 Jeugdwet en artikel 2.6.4 Wmo 2015.

rentie op prijs zo veel mogelijk voorkomen. Gemeenten worden daarbij ondersteund door regels over reële prijzen Jeugdwet en Wmo 2015²⁰ en goede voorbeelden van tariefdifferentiatie in diverse handreikingen.

Vraag 120

Welke mogelijkheden hebben gemeenten om een onoverzichtelijke wildgroei van lokale zorgaanbieders in het sociaal domein tegen te gaan?
Antwoord:

Gemeenten kunnen bij inkoopprocedures, zoals aanbesteden of een open house vooraf goede voorwaarden stellen om op deze manier de kwaliteit van de aanbieders te beheersen. Door aan de voorkant goede voorwaarden op te nemen, kunnen alleen geschikte aanbieders zich inschrijven. Indien zij subsidiëren, kunnen zij de beste subsidieontvangers selecteren door middel van een subsidietender. Kortom, de gemeenten kunnen bij elk (financierings)instrument om beleid tot stand te laten komen wel degelijk sturen op het zorg- en ondersteuningslandschap, mits zij aan de voorkant duidelijke beleidskeuzes maken.

Vraag 121

Hoeveel ruimte is er binnen de Europese wetgeving om de Nederlandse aanbestedingswet aan te passen, in het bijzonder als het gaat om aanbestedingen in het sociaal domein?

Antwoord:

Er is waarschijnlijk niet veel ruimte binnen de Europese wetgeving om de Aanbestedingswet 2012 in het bijzonder voor het sociaal domein aan te passen. Gemeenten kunnen er op dit moment voor kiezen om jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning zelf uit te voeren (inbesteden) of uit te besteden aan derden via aanbesteden, een open house constructie of subsidiëring.²¹ Dit keuzepalet acht het kabinet vooralsnog voldoende.

Vraag 122

Zou het mogelijk zijn om de aanbestedingswet zo aan te passen om gemeenten de optie te geven om zorgaanbieders met een winstoogmerk uit te sluiten van aanbestedingsprocedures?

Antwoord:

Het is primair aan gemeenten om (inkoop)beleid voor jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning vorm te geven en te zorgen voor goede jeugdzorg en passende ondersteuning binnen de kaders van de wet. Daarbij moet de gemeente wel rekening houden met het feit dat een aanbieder van jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning winst mag maken in het Nederlandse stelsel en ook winst nodig heeft om onder andere te zorgen voor continuïteit en ontwikkeling in de bedrijfsvoering, te investeren in de ontwikkeling van medewerkers en te investeren in de kwaliteit van ondersteuning. Uitsluiten van zorgaanbieders met een winstoogmerk bij aanbestedingsprocedures ligt dan ook niet voor de hand. Overigens werkt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan een voorstel voor een «Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders». In het kader van dat wetsvoorstel, dat naar verwachting in het eerste kwartaal van 2025 bij de Tweede Kamer zal kunnen worden ingediend, zal nader worden ingegaan op het stellen van beperkingen en voorwaarden aan winstuitkeringen.

Gemeenten kunnen wel excessieve winsten voorkomen door bij inkoopprocedures zoals aanbesteden vooraf goede kwaliteitseisen te stellen, tariefdifferentiatie toe te passen en het nakomen van de eisen niet alleen op voorhand maar ook tijdens de uitvoering van het contract te contro-

²⁰ Artikel 2.11 Jeugdwet jo. artikel 2.3 van het Besluit Jeugdwet en artikel 2.6.6 Wmo 2015 jo. artikel 5.4 van het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015.

²¹ Kamerstukken II 2023/24, 31 765, nr. 846.

leren via het gemeentelijk toezicht en goede monitoring en contractmanagement. Het huidige palet aan keuzes zorgt ervoor dat een passend ondersteuningslandschap kan ontstaan. Gelet daarop is het regelen van een mogelijkheid voor gemeenten om aanbieders met een winst oogmerk uit te sluiten van deelname aan aanbestedingsprocedures niet proportioneel en daarmee ook niet mogelijk.

Vraag 123

Zou het mogelijk zijn om binnen de aanbestedingswet de optie te creëren om de opdracht van een aanbieder die een eerdere aanbesteding heeft gewonnen onderhands te verlengen, bij goed functioneren?

Antwoord:

Uitgangspunt van de Aanbestedingswet 2012 is dat iedere aanbieder een eerlijke kans op een overheidsopdracht krijgt. Dit impliceert dat eenmaal gesloten contracten niet onbeperkt verlengd kunnen worden. Het vergunde werk zal derhalve eens in de zoveel jaar opnieuw aanbesteed moeten worden, opdat ook aanbieders die eerder zijn afgewezen of aanbieders die nieuw zijn op de markt een kans maken op een contract. Niet alleen is dit noodzakelijk gelet op het vrij verkeer van diensten, ook kunnen aldus innovaties sneller worden ingevoerd. Aanpassing van de Aanbestedingswet 2012 om te regelen dat het contract van aanbieders die een eerdere aanbesteding hebben gewonnen zomaar ondershands kan worden verlengd, ligt dan ook niet voor de hand.

Vraag 124

Zou het mogelijk zijn om in het sociaal domein de aanbestedingsplicht bij het extern inkopen bij een beperkt aantal aanbieders af te schaffen?

Antwoord:

Nee, dat is niet mogelijk. Hierbij moet wel worden bedacht dat aanbesteden niet de enige mogelijkheid voor een gemeente is om jeugdzorg of maatschappelijke ondersteuning in te kopen. Als er slechts één aanbieder op de markt is, kan deze ene aanbieder uiteraard zonder aanbesteding worden gecontracteerd. Als er enkele zijn en de gemeente deze alle zou willen contracteren, kan gebruik worden gemaakt van een «open house-procedure». Zijn er echter meer aanbieders op de markt – ook al gaat het slechts om een beperkt aantal – en wil de gemeente slechts één of enkele daarvan contracteren, dan zal aanbesteding nodig zijn.

Vraag 125

Zijn er zorgvormen binnen de Wmo 2015 en de jeugdzorg die door gemeenten praktisch niet kunnen worden georganiseerd via inbesteden, quasi-inbesteden of een subsidierelatie?

Antwoord:

Daarover is binnen de Wmo 2015 en de Jeugdwet geen informatie bekend.

Vraag 126

Hoeveel budget is er beschikbaar voor de bouw van nieuwe zorgvormen zoals het zorgbuurthuis?

Antwoord:

Er is geen geormerkt budget beschikbaar voor nieuwe zorgvormen zoals het zorgbuurthuis. Binnen de Wlz zijn nieuwe zorgvormen mogelijk op basis van «het scheiden van wonen en zorg» met behulp van een VPT, MPT en pgb. Cliënten betalen dan zelf hun woonlasten en kunnen zorg en ondersteuning vanuit de Wlz ontvangen. Voor de stimuleringsregeling voor het bouwen van betaalbare zorggeschikte woningen in de ouderenzorg is in de periode t/m 2028 € 312 miljoen beschikbaar. Hiervan kunnen onder andere nieuwe zorgvormen worden gebouwd. Daarnaast is er in het regeerprogramma kabinet-Schoof een bedrag van € 600 miljoen

vrijgemaakt voor investeringen in de ouderenzorg. In 2025 zal er een uitwerking komen van de besteding van die middelen.

Vraag 127

Welk deel van de opnames in verpleeghuizen betreft een spoedopname?

Antwoord:

Op grond van de registraties is het aantal spoedopnamen in verpleeghuizen niet te bepalen. Het eerstelijnsverblijf kent diverse prestaties, waar spoedzorg onderdeel van kan zijn. Uit de declaratiedata is niet af te leiden of een ELV-prestatie is gedeclareerd in het kader van een spoedsituatie. In de Wlz kan het zorgkantoor een afspraak maken over spoedzorg middels een aparte prestatie (Z110). Ook reguliere verpleeghuisopnames in de Wlz kunnen een spoedeisend karakter hebben.

Uit onderzoek van de NZa is gebleken dat ruim de helft van de cliënten rechtstreeks vanuit de thuissituatie wordt opgenomen in een Wlz-instelling, maar dat er daarnaast ook een aanzienlijke instroom in de intramurale Wlz verloopt via zogenaamde «zijpaden» en via «versnelde opnames». Voor een toelichting hierop verwijs ik naar Hoofdstuk 3 van het rapport «Een verkenning van de in- en doorstroom van ouderen in de langdurige zorg» van november 2022.

Vraag 128

Hoe zagen de jaarlijkse tekorten van intramurale verpleegzorgplekken eruit voor de periode 2002 tot 2024?

Antwoord:

Het Zorginstituut publiceert elke maand de wachtlijstinformatie op www.zorgcijfersdatabank.nl. De wachtlijstcijfers voor de verpleeghuizen worden op deze site vermeld vanaf 2015. In 2015 stonden er 8.689 ouderen op de wachtlijst voor het verpleeghuis. Eind 2023 waren dat er 22.277. De stand juli 2024 is 20.304. Daarbij is in 2018 de registratiewijze gewijzigd waardoor de cijfers van 2015 niet goed vergelijkbaar zijn met de cijfers in 2024.

Er komen jaarlijks 50.000 plaatsen vrij in verpleeghuizen (veelal door overlijden), die worden ingevuld door andere ouderen en anderzijds omdat ouderen tijdelijk op de wachtlijst staan.

Daarbij wordt scherp gekeken naar de zorgbehoefte van de oudere. Bij ouderen die in een crisissituatie verkeren wordt snel (veelal binnen 2 dagen maar uiterlijk binnen twee weken) voorzien in een plaats in een verpleeghuis. Andere ouderen op de wachtlijst krijgen nu zorg thuis en wachten op een plek van voorkeur.

Vraag 129

Hoeveel zou het kosten om de bezettingsnorm voor verpleeghuizen in stand te laten?

Antwoord:

Het is aan het zorgveld om invulling te geven aan de inhoud van kwaliteitsstandaarden in de zorg, conform de Wkkgz. In het op 1 juli jl. bij het Zorginstituut ingeschreven Generiek Kompas «Samen werken aan kwaliteit van bestaan» heeft het zorgveld in plaats van een personeelsnorm gekozen voor een passende deskundigheidsmix die door de zorgaanbieder in overleg met medewerkers en cliëntenraad wordt vastgesteld, afhankelijk van de zorgvraag in het werkgebied.

De NZa is ervoor verantwoordelijk om tenminste redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast te stellen. In de bestaande NZa-tarieven is rekening gehouden met de meerkosten van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de personeelsnorm die daarin opgenomen was. Hiervoor zijn de tarieven geleidelijk met een bedrag van € 2,1 miljard (prijsspeil 2017) verhoogd.

Het vorige kabinet heeft aan de doorontwikkeling van het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg een besparing gekoppeld van € 350 miljoen structureel

vanaf 2026. Indien ervoor wordt gekozen om geen besparing te koppelen aan de doorontwikkeling van het kwaliteitskader treedt een besparingsverlies van € 350 miljoen euro op. De exacte meerkosten van de oude personeelsnorm tegenover de huidige passende deskundigheidsmix is echter niet bekend, onder andere omdat de doorontwikkeling van het kwaliteitskader breder is dan alleen de personele samenstelling.

Vraag 130

Hoeveel particuliere woonzorginstellingen hebben een winstoogmerk? Wat is hun aandeel in het totaal aanbod?

Antwoord:

Binnen de Wlz wordt geregistreerd in welke leveringsvorm de zorg geleverd wordt (ZZP, VPT, MPT al dan niet in combinatie met pgb). Er wordt niet geregistreerd welke rechtsvorm de zorgaanbieders hebben en of deze een winstoogmerk hebben.

Vraag 131

Kunt u een overzicht sturen van wat de winsten van alle particuliere woonzorginstellingen in totaal waren in 2023?

Antwoord:

Deze gegevens zijn bij het Ministerie van VWS niet bekend waardoor het niet mogelijk is u van een overzicht te voorzien.

Vraag 132

Wat kost het gemiddeld per maand voor een bewoner om in een particuliere woonzorginstelling te wonen? Kunt u dit uitsplitsen per doelgroep?

Antwoord:

Geleverde Wlz-zorg wordt vanuit de Wlz bekostigd en voor die zorg betalen de cliënten een eigen bijdrage. Deze inkomensafhankelijke eigen bijdrage is in 2024 minimaal € 200,40 per maand en kan oplopen tot € 1.052,20 per maand bij zorg op basis van het scheiden van wonen en zorg (vpt) en tot € 2.887,40 bij intramurale zorg. Indien zorg geleverd wordt op basis van het scheiden van wonen en zorg, – hetgeen bij de particuliere woonzorginstellingen meestal het geval is – betalen cliënten daarnaast voor huur- en servicekosten. Deze kosten worden binnen de overheid niet geregistreerd. Cliënten kunnen daarbij zelf de afweging maken of de combinatie van het aanbod aan wonen en zorg in particuliere woonzorginstellingen voor hen van meerwaarde is ten opzichte van andere vormen van zorgverlening en het woon/zorgaanbod op andere plekken.

Vraag 133

Kunt u een overzicht geven van hoe de wachtlijsten in de verschillende sectoren van de zorg zich sinds 2010 hebben ontwikkeld?

Antwoord:

In onderstaande tabel treft u gegevens aan over het totaal aantal wachtenden in de Wlz per sector. Deze gegevens treft u aan op: StatLine - Wachtenden in de langdurige zorg; sector, kwartaal (cbs.nl) Meer achtergrondinformatie over deze gegevens treft u aan bij de toelichting op deze tabel.

De wachtlijstinformatie AWBZ over de jaren 2013 en 2014 is niet online beschikbaar en daarom niet op tijd bekend voor de beantwoording van deze vraag.

	Totaal wachtenden	Totaal wachtenden	Totaal wachtenden	Totaal wachtenden
	Totaal Wlz	Totaal zzp Verpleging en verzorging (VV)	Totaal zzp Gehandicap-tenzorg (GHZ)	Totaal zzp Geestelijke gezondheids-zorg
2015 3e kwartaal	13.593	8.860	4.628	105
2015 4e kwartaal	14.708	9.605	5.015	88
2016 1e kwartaal	13.301	8.596	4.663	42
2016 2e kwartaal	14.620	9.787	4.786	47
2016 3e kwartaal	14.767	9.775	4.910	82
2016 4e kwartaal	14.640	9.894	4.682	64
2017 1e kwartaal	14.698	10.280	4.355	63
2017 2e kwartaal	13.380	9.274	4.057	49
2017 3e kwartaal	13.507	9.403	4.039	65
2017 4e kwartaal	14.027	10.056	3.923	48
2018 1e kwartaal	15.024	10.911	4.071	42
2018 2e kwartaal
2018 3e kwartaal
2018 4e kwartaal	16.380	13.720	2.649	11
2019 1e kwartaal	17.879	15.194	2.675	10
2019 2e kwartaal	18.299	15.707	2.585	7
2019 3e kwartaal	18.998	16.424	2.558	16
2019 4e kwartaal	20.760	18.245	2.502	13
2020 1e kwartaal	22.676	20.059	2.576	41
2020 2e kwartaal	23.750	21.106	2.619	25
2020 3e kwartaal	23.282	20.661	2.588	33
2020 4e kwartaal	22.719	20.223	2.437	59
2021 2e kwartaal	20.453	17.469	2.246	738
2021 3e kwartaal	18.001	15.735	1.821	445
2021 4e kwartaal	19.389	16.947	1.869	573
2022 1e kwartaal	20.675	18.157	1.839	679
2022 2e kwartaal	21.405	18.871	1.837	697
2022 3e kwartaal	21.653	19.192	1.770	691
2022 4e kwartaal	24.591	21.795	1.996	800
2023 1e kwartaal	23.839	21.294	1.837	708
2023 2e kwartaal	23.665	21.137	1.831	697
2023 3e kwartaal	23.679	21.209	1.808	662
2023 4e kwartaal	24.692	22.218	1.801	673
2024 1e kwartaal*	24.297	21.762	1.805	730
2024 2e kwartaal*	23.513	21.058	1.792	663
2024 3e kwartaal*	22.745	20.304	1.771	670

Bron: CBS

Vraag 134

Hoeveel mensen staan er momenteel op de wachtlijst voor het verpleeghuis?

Antwoord:

Volgens de wachtlijstregistratie van het Zorginstituut wachten er op 1 augustus 2024 20.461 cliënten op een plek in een verpleeghuis. Hiervan zijn er 305 gekenmerkt als «urgent plaatsen», 3.756 als «actief plaatsen» en 16.400 als «wachten op voorkeur». U treft de maandelijkse rapportages aan op: Wachtlijsten landelijk niveau | Zorgcijfersdatabank.nl

Vraag 135

Hoeveel mensen staan er momenteel op de wachtlijst voor een behandeling in het ziekenhuis?

Antwoord:

Er bestaat geen landelijke registratie van het aantal mensen dat op een wachtlijst voor een behandeling in het ziekenhuis staat. Via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden onder andere de wachttijden per behandeling verzameld, welke inzichtelijk zijn op ZorgkaartNederland²².

Vraag 136

Hoeveel mensen hebben momenteel geen huisarts?

Antwoord:

²² <https://www.zorgkaartnederland.nl/wachttijden>

Op dit moment is alleen bekend hoe groot het aantal mensen is dat zich meldt bij hun zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling omdat zij geen (nieuwe) huisarts kunnen vinden. Deze informatie is terug te vinden in de monitor Toegankelijkheid van Zorg van de NZa. De meest recente cijfers (maart 2024) laten zien dat 4573 mensen zich hebben gemeld bij hun zorgverzekeraar.

Om in beeld te brengen hoeveel mensen op zoek zijn naar een (nieuwe) huisarts, laat de Minister van VWS onderzoek doen door het Nivel. Dit onderzoek zal in het vierde kwartaal van dit jaar met uw Kamer worden gedeeld.

Vraag 137

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor de ggz?

Antwoord:

Volgens de laatste cijfers die de NZa heeft gepubliceerd waren er eind 2023 97.450 wachtplekken (Informatiekaart Wachtlijden en aantal wachtplekken ggz 2023 - februari 2024 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)). Uit eerder onderzoek van de NZa bleek dat ongeveer 1 op de 5 wachtenden met dezelfde zorgvraag op meerdere wachtlijsten staat (Zie Onderzoek dubbelwachtenden - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)). Hiervoor is in het hierboven genoemde aantal van 97.450 niet gecorrigeerd.

Vraag 138

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor transzorg?

Antwoord:

Er vindt geen landelijke registratie plaats van het aantal personen op de wachtlijst. Per zorgaanbieder zijn de wachttijden veelal inzichtelijk gemaakt op de website. Ten aanzien van het aantal mensen op de wachtlijst is het laatste peilmoment juli 2022 geweest²³. In de voortgangsbrief van de voormalig kwartiermaker transgenderzorg is informatie over de ontwikkelingen in het zorgaanbod, de zorgvraag en de wachttijden in de transgenderzorg weergegeven. Op deze datum was het aantal wachtenden voor een intake 5753 personen.

Vraag 139

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor de gehandicaptenzorg?

Antwoord:

Volgens de wachtlijstregistratie van het Zorginstituut wachten er op 1 juli 2024 1.771 cliënten op een plek in een instelling voor gehandicaptenzorg. U treft de maandelijkse rapportages aan op: [Wachtlijsten landelijk niveau | Zorgcijfersdatabank.nl](https://wachtlijsten.landelijk.niveau.nl)

Vraag 140

Hoeveel mensen staan momenteel op de wachtlijst voor de jeugdzorg?

Antwoord:

Cijfers over wachttijden zijn niet op landelijk niveau beschikbaar. Dit komt onder andere omdat gemeenten en regio's op hun eigen manier de aanmelding en start van een traject registreren en er geen eenduidige definitie gehanteerd wordt van wat wachttijd nu precies inhoudt. De data die bestaat, is dus weinig inzichtelijk en niet goed onderling vergelijkbaar. We werken aan het verbeteren van inzicht in wachttijden op landelijk niveau. Dit doen we door in te zetten op het verbeteren van het (uniform) gebruik van het Berichtenverkeer, zodat alle betrokkenen dezelfde definities hanteren. Ook ondersteunt het Ondersteuningsteam zorg voor de Jeugd regio's om meer inzicht in eigen wachttijden te krijgen om hier beter op te kunnen sturen.

²³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2022–2023, 31 016, nr. 351

Het verbeteren van dataverzameling en monitoring in algemene zin is een van de maatregelen in Hervormingsagenda. Er wordt toegewerkt naar een landelijke set afspraken (onder andere welke data geregistreerd zou moeten worden) zodat meer inzicht komt in het functioneren van het jeugdstelsel en we gericht beleid kunnen maken om het stelsel te verbeteren.

Vraag 141

Welk deel van de tijd denkt u dat zorgverleners in de gehandicaptenzorg bezig zijn met het smeren van broodjes?

Antwoord:

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg betreurt het dat de passage in het regeerakkoord de indruk wekt dat er de komende jaren door dit kabinet geen beleid wordt uitgevoerd om ook de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking toekomstbestendig te maken. Dit is geenszins het geval. Zo wordt tot en met 2026 de Toekomst-agenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking uitgevoerd, samen met alle betrokken partijen in de gehandicaptenzorg. Ook zal er in 2025 een eerste werkagenda naar de Kamer worden gestuurd, die uitvoering geeft aan de Nationale strategie voor het VN- verdrag voor mensen met een beperking. Met deze programma's geeft de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke zorg rekenschap van het feit dat de gehandicaptenzorg een belangrijke sector is waar veel dynamiek in plaatsvindt. Die dynamiek, in combinatie met de diversiteit en complexiteit van de doelgroep, maakt het voor veel begeleiders ook een mooie sector om in te werken.

Vraag 142

Hoe denkt u dat het in de gehandicaptenzorg is gevallen dat u hen in het regeerprogramma enkel noemde in het kader van «broodjes smeren»?

Antwoord:

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg betreurt het dat de passage in het regeerakkoord is overgekomen dat dit kabinet geen zorg heeft voor mensen met een beperking. Dit is geenszins het geval. Als je het smeren van een broodje vanwege een beperking zelf niet kunt is het van levensbelang dat iemand dat voor je doet. Medewerkers in de gehandicaptenzorg kennen deze essentie als geen anders. Tot en met 2026 wordt de Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking uitgevoerd, samen met alle betrokken partijen in de gehandicaptenzorg. Ook zal er in 2025 een eerste werkagenda naar de Kamer worden gestuurd, die uitvoering geeft aan de Nationale strategie voor het VN- verdrag voor mensen met een beperking. Met deze programma's laat de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke zorg zien dat de gehandicaptenzorg een belangrijke sector is. De diversiteit en complexiteit van de doelgroep, maakt het voor veel begeleiders ook een mooie sector om in te werken.

Vraag 143

Welk deel van de geplande bezuinigingen op de langdurige zorg komt naar verwachting neer bij de gehandicaptenzorg, welk deel bij de ouderenzorg en welk deel bij de langdurige ggz?

Antwoord:

Bijgaande tabel bevat een overzicht van de geplande ombuigingen op de Wet langdurige zorg in de periode 2025–2029. Dit betreft de ombuigingen ten opzichte van het huidige jaar 2024²⁴. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen maatregelen met effect op de tarieven voor zorg in natura (post 1

²⁴ De maatregelen (6) Scheiden wonen en zorg en (7) Valpreventie zijn reeds ingegaan per 2023. Reeds gerealiseerde ombuigingen in 2023/2024 maken geen onderdeel uit van de gepresenteerde geplande ombuigingen in de tabel.

t/m 5) en overige maatregelen (post 6 t/m 8). Per maatregel is aangegeven op welk deel van de langdurige zorg deze betrekking heeft:

- alleen op de ouderenzorg (post 1, 6 en 7),
- zowel op ouderenzorg als gehandicaptenzorg (post 3 en 5) of
- Wlz-brede maatregelen (post 2, 4 en 8).

Regel 9 laat zien dat het totaal van de geplande ombuigingen oploopt van € 200 miljoen in 2025 tot € 1,326 miljard in 2029. Post 10 tot en met 12 laten zien welk deel hiervan betrekking heeft op de sector ouderenzorg, gehandicaptenzorg respectievelijk geestelijke gezondheidszorg.

Het is belangrijk om de uitgavengroei van de Wlz-ouderenzorg te beheersen in het licht van de overheidsfinanciën, de arbeidsmarkt, de betaalbaarheid, toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. De genoemde zinvolle maatregelen op de Wet langdurige zorg dragen bij aan deze beheersing van de uitgavengroei.

bedragen x € 1 miljoen		2025	2026	2027	2028	2029	Grondslag
Tariefmaatregelen							
1	Doorontwikkeling kwaliteitskader		-350	-350	-350	-350	ouderenzorg
2	Meerjarig contracteren		-135	-135	-135	-135	Wlz-breed
3	Taakstelling Wlz-behandeling		-170	-170	-170	-170	ouderen+gehandicaptenzorg
4	Herijking NHC	-117	-117	-117	-117	-117	Wlz-breed
5	Opschaling digitale zorg			-68	-133	-205	ouderen+gehandicaptenzorg
Overige maatregelen							
6	Scheiden wonen en zorg	-43	-87	-131	-175	-218	ouderenzorg
7	Valpreventie	-5	-8	-10	-13	-15	ouderenzorg
8	Pgb op maat	-35	-65	-115	-115	-115	Wlz-breed
9	Totaal ombuigingsmaatregelen	-200	-932	-1.096	-1.208	-1.326	
10	waarvan ouderenzorg	-123	-679	-777	-863	-952	
11	waarvan gehandicaptenzorg	-65	-226	-288	-314	-343	
12	waarvan geestelijke gezondheidszorg	-12	-27	-31	-31	-31	

Vraag 144

Hoeveel gemeenten bieden een meerkostenregeling voor chronisch zieken of mensen met een beperking aan? Wat is de gemiddelde hoogte van de bedragen die beschikbaar zijn voor mensen via deze regelingen?

Antwoord:

Cijfers uit 2021²⁵ laten zien dat 59% van de gemeenten een meerkostenregeling heeft in de vorm van individuele bijzondere bijstand en 47% van de gemeenten in de vorm van een individuele tegemoetkoming (o.a. voor mensen met chronische ziekten en/of een beperking). We hebben geen inzicht in de gemiddelde hoogte van deze gemeentelijke regelingen.

Vraag 145

Kunt u een overzicht geven van het aantal meldingen dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ontvangt op het gebied van alternatieve zorgaanbieders van de jaren 2019–2024?

Antwoord:

Het aantal meldingen dat de IGJ de afgelopen jaren heeft ontvangen over alternatieve zorgaanbieders is ongeveer 50 per jaar.

Vraag 146

Welke geestelijke gezondheidszorg wordt momenteel niet vergoed vanuit de basisverzekering?

Antwoord:

²⁵ Rapport: Goed geregeld? Een onderzoek naar gemeentelijke regelingen rondom financieel maatwerk voor hoge zorgkosten.

De basisverzekering vergoedt geestelijke gezondheidszorg (ggz) als er sprake is van een psychische stoornis waarvoor professionele hulp nodig is, behalve als het gaat om een aanpassingsstoornis. Voor de beantwoording van de vraag of er sprake is van een psychische stoornis, kijkt de professional in de ggz naar het DSM-handboek. Dit handboek geeft een overzicht van alle geclassificeerde psychische stoornissen. Ook komt alleen ggz-zorg die effectief is, voor vergoeding in aanmerking. Niet-effectieve zorg wordt niet vergoed vanuit de basisverzekering. Doordat alleen effectieve zorg wordt vergoed, blijft de zorg toegankelijk en bereikbaar voor iedere Nederlander. Tussen beroepsbeoefenaren en verzekeraars worden afspraken gemaakt over welke zorg effectief is. Op de website van Zorgverzekeraars Nederland staat de meest recente versie van de ZN circulaire «Therapieën GGZ». In deze circulaire staan de gezamenlijke adviezen over of therapieën effectief zijn, en welke behandeling in welk geval wordt vergoed. Overigens bestaat er ggz-zorg die niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering, maar wel uit een ander wettelijk kader. Het gaat dan bijvoorbeeld om psychosociale hulp en bemoeizorg (Wmo 2015) en zorg bij leerstoornissen (Jeugdwet).

Vraag 147

Kunt u via een infographic inzichtelijk maken hoeveel van het totale geld voor de zorg voortkomt uit belastingen, nominale premies en inkomensafhankelijke premies enerzijds en de besteding aan acute zorg, electieve curatieve zorg, langdurige zorg, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz) anderzijds (een beetje zoals de miljoenennotaposter maar dan alleen voor de VWS-posten)?

Antwoord:

De gecreëerde infographic is als afbeelding te zien op de volgende pagina. Jeugdzorg valt niet onder de VWS-begroting en is daarom niet opgenomen in de infographic. Tabel 1 bevat de informatie die in te infographic is te zien.

Tabel 1: Inkomsten en uitgaven in de VWS begroting voor 2025, informatie uit de bijbehorende infographic. De totalen per categorie zijn dikgedrukt.

Inkomstenbron	Bedrag (€ mld)	Uitgavenpost	Bedrag (€ mld)
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw (IAB)	33,3	Eerstelijnszorg	8,5
Wlz-premie	18,4	Tweedelijnszorg	34,1
Inkomensafhankelijke premie	51,7	GGZ	5,6
Nominale premie	27,3	Apotheek en hulpmiddelen	8,1
Nominale premie	27,3	Wijkverpleging	3,5
Eigen risico Zvw	3,4	Overig Zvw ¹	7,0
Eigen bijdrage Wlz	2,5	Zvw²	66,8
Eigen betalingen	5,9	Wlz	39,9
Rijksbijdrage Wlz	12,8	Wlz	39,8
BIKK	6,0	Wmo beschermd wonen	1,7
Rijksbijdrage kinderen tot 18 jaar	3,4	Wmo beschermd wonen	1,7
Financiering voor Wmo beschermd wonen	1,7		
Belastingen	24,0³		
Totaal inkomsten	108,9⁴	Totaal uitgaven	108,4⁴

¹ De categorie Overig Zvw bevat uitgaven voor ziekenvervoer, opleidingen, grensoverschrijdende zorg, transformatiemiddelen IZA & de begrotingspost nominaal en onverdeeld.

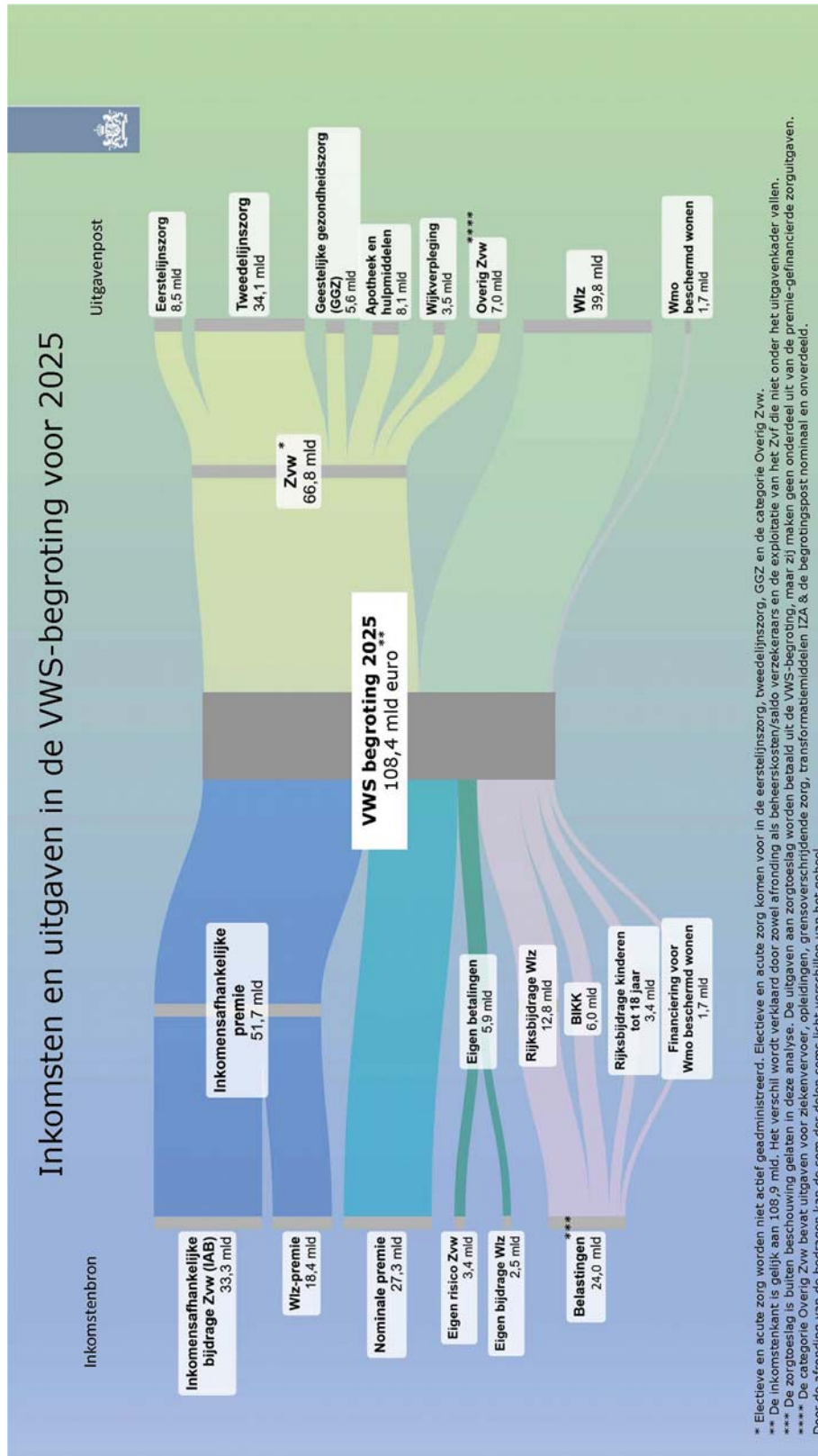
Door de afronding van de bedragen kan de som der delen soms licht verschillen van het geheel.

² Electieve en acute zorg worden niet actief geadmistreerd. Electieve en acute zorg komen voor in de eerstelijnszorg, tweedelijnszorg, GGZ en de categorie Overig Zvw.

³ De zorgtoeslag is buiten beschouwing gelaten in deze analyse. De uitgaven aan zorgtoeslag worden betaald uit de VWS-begroting, maar zij maken geen onderdeel uit van de premie-gefinancierde zorguitgaven.

⁴ De inkomstenkant is gelijk aan 108,9 mld. Het verschil wordt verklaard door zowel afronding als beheerskosten/saldo verzekeraars en de exploitatie van het Zvf die niet onder het uitgavenkader vallen.

Figuur 1: Inkomsten en uitgaven in de VWS-begroting voor 2025



Vraag 148

Hoe vaak worden er budgetplafonds opgelegd aan ggz-aanbieders?

Antwoord:

Er is geen zicht op hoe vaak omzetplafonds worden afgesproken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het maken van afspraken, ook over omzetplafonds, is een zaak tussen individuele aanbieders en individuele zorgverzekeraars.

Vraag 149

Welke concrete plannen zijn er tot dusverre bekend om de wachttijsten in de ggz op korte termijn terug te dringen?

Antwoord:

De wachttijden in de ggz zijn een groot maatschappelijk vraagstuk, waar we de komende periode forse stappen op willen zetten. Zo maken we nu al werk van het versterken van de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisarts en de ggz vanuit mentale gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken. Ook verbeteren we het (regionaal) inzicht in wachttijden en de inkoop van voldoende (zeer) complexe psychische zorg vanuit het traject cruciale ggz. Bovenop deze maatregelen werkt de Staatssecretaris voor Jeugd, Preventie en Sport momenteel aan een werkagenda om de wachttijden in de GGZ terug te dringen. Dat zal gaan volgens de lijn: 1) voorkomen van mentale problemen, 2) voorkomen van instroom in de GGZ, 3) verbeteren van financiering en inkoop en 4) bevorderen van uitstroom. De Staatssecretaris JPS informeert u in Q1 over de werkagenda mentale gezondheid & ggz en de aanpak van de wachttijden.

Vraag 150

Hoeveel jongeren kregen er in 2023 jeugdzorg? Hoe is dit aantal verdeeld over de verschillende vormen van jeugdzorg?

Antwoord:

De voorlopige cijfers van het CBS laten zien dat er in 2023 478.660 jongeren waren met jeugdzorg. Jongeren kunnen verschillende vormen van jeugdzorg tegelijk ontvangen. In 2023 kreeg het merendeel van de jongeren jeugdhulp zonder verblijf, namelijk 446.665 jongeren. Nog eens 41.605 jongeren ontvingen jeugdhulp met verblijf, bij 35.910 jongeren was sprake van jeugdbescherming en 7.640 jongeren hadden jeugdreclassering. Het CBS rapporteert meer uitsplitsingen in de Jeugdmonitor en op haar website.

Vraag 151

Hoeveel jongeren zitten er momenteel in de gesloten jeugdzorg?

Antwoord:

Volgens de meest recente monitor van de Jeugdautoriteit verblijven er 467 jongeren in een instelling voor gesloten jeugdhulp.²⁶

Vraag 152

Hoeveel jongeren zitten er momenteel in de residentiële jeugdzorg?

Antwoord:

In 2023 waren er 41.605 jongeren met jeugdhulp met verblijf. Dit zijn de meest recente, voorlopige cijfers over 2023 van het CBS. Hier vallen diverse vormen van verblijf onder, zoals pleegzorg, gezinshuizen en residentiele instellingen, inclusief gesloten jeugdzorg. We hebben dus geen aparte landelijke cijfers over jongeren in residentiële jeugdzorg.

Vraag 153

Wat is precies het verschil tussen de gesloten jeugdzorg en de residentiële jeugdzorg?

Antwoord:

²⁶ Monitor JeugdzorgPlus, peildatum 31 maart 2024 | Rapport | Jeugdautoriteit

Residentiële jeugdhulp is een vorm van hulpverlening waarbij kinderen of jongeren op vrijwillige of gedwongen basis, (tijdelijk) dag en nacht buiten hun eigen omgeving verblijven, onder meer in leefgroepen en behandelgroepen.

Gesloten jeugdhulp is een vorm van residentiële jeugdhulp. Het verschil is dat instellingen voor gesloten jeugdhulp vrijheidsbeperkende maatregelen mogen gebruiken als jongeren daar geplaatst zijn op basis van een machtiging gesloten jeugdhulp. Een kinderrechter verleent deze machtiging.

Vraag 154

Hoe groot is de loonkloof tussen de zorg enerzijds en de rest van de publieke sector en de marktsector anderzijds?

Antwoord:

Uit onderzoek dat de voormalig Minister voor Langdurige Zorg en Sport eind 2023 naar uw Kamer heeft gestuurd²⁷ blijkt dat het gemiddelde uurloon van medewerkers in de zorg redelijk vergelijkbaar is met de vergelijkbare medewerkers in de marktsector en wat achter loopt ten opzichte van andere (semi-)publieke sectoren. Daarnaast blijkt dat de marktconformiteit van de salarissen in de zorg verschilt tussen zorgbranches en ook tussen verschillende groepen binnen dezelfde branche. Zo ligt het gemiddelde uurloon in de umc's ruim boven het uurloon van vergelijkbare werknemers zowel in de marktsector als de publieke sector, terwijl bijvoorbeeld het uurloon in de gehandicapten-sector of sociaal werk eronder ligt. Daarnaast zien we dat in de sector zorg en welzijn de hoogte van de beloning meer dan in andere sectoren samenhangt met opleidingsniveau en werkervaring. Voor mensen met een mbo-opleiding of zonder startkwalificatie geldt dat ze in zorg en welzijn in de meeste branches minder verdienen dan vergelijkbare werknemers in andere sectoren. Het beeld voor medewerkers met een hbo-opleiding verschilt sterk per branche, maar gemiddeld genomen voor de hele sector zorg en welzijn blijft de beloning iets achter ten opzichte van vergelijkbare werknemers in andere sectoren. Medewerkers met wo-niveau verdienen relatief meer dan in andere sectoren in Nederland (behalve in het sociaal domein). Een compleet beeld van de uitkomsten kan uw Kamer vinden in de hierboven genoemde onderzoeken die eind 2023 naar uw Kamer zijn gestuurd.

Vraag 155

Hoeveel zou het kosten om de lonen van alle zorgverleners te verhogen naar het niveau van vergelijkbare functies in de publieke sector en de marktsector?

Antwoord:

Dat hangt af van de wijze waarop deze verhoging ingevuld wordt en welke aannames daarbij worden gehanteerd. Voor een beeld van de verschillende opties om de lonen binnen zorg en welzijn te verhogen naar het niveau van vergelijkbare functies in de publieke sector en de marktsector met bijbehorende kosten, wordt u verwezen naar de brief²⁸ die op 27 juni jl. naar uw Kamer is gestuurd.

Vraag 156

Hoeveel zou het op termijn opleveren om alle nieuwe medisch specialisten in loondienst te laten gaan?

Antwoord:

In «Zorgkeuzes in Kaart» (ZiK, 2020) is een berekening gemaakt voor de financiële effecten van regelgeving waardoor medisch specialisten in

²⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, kamerstuk 29 282, nummer 552

²⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, kamerstuk 29 282, nummer 580

loondienst gaan.²⁹ Daarin is een raming gemaakt van de besparing op personeelskosten van structureel € 240 miljoen, een besparing als gevolg van een lagere productieprikkel van € 100 miljoen en van de investering van € 10 miljoen voor transitiekosten gedurende vijf jaar en een incidentele investering tot € 2.000 miljoen voor compensatie van goodwill. Wanneer deze maatregel alleen wordt toegepast op «nieuwe» artsen, zal het aantal artsen in loondienst geleidelijk toenemen volgens een groeipad. Het zal daarom lang (30 jaar) duren voor de genoemde opbrengsten zich volledig manifesteren. Daarnaast zijn de berekeningen gebaseerd op aannames en dusdanig met onzekerheden omgeven, dat een nadere berekening nodig is in geval een dergelijke maatregel wordt overwogen.

Ook is het belangrijk te noemen dat een dergelijke maatregel een direct besturingsprobleem in het ziekenhuis zou creëren. In veel ziekenhuizen zijn nu voor bepaalde specialismen uitsluitend artsen in een msb werkzaam (zowel in loondienst van een msb als ook vrijgevestigd) of in loondienst van een ziekenhuis. Met deze maatregel komen ziekenhuizen in een hybride situatie terecht waarbinnen een specialisme zowel met msb's als met artsen in loondienst van een ziekenhuis te maken hebben. Dit zorgt er voor dat de bestuurbaarheid van een ziekenhuis bemoeilijkt wordt. Daarnaast is het ook vanuit juridisch oogpunt en qua praktische uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid niet goed mogelijk om vorm te geven dat nieuwe medisch specialisten alleen nog in loondienst komen als zij aan het werk gaan in een ziekenhuis. Tot slot vergt een maatregel om nieuwe specialisten in loondienst te brengen ook een gedegen juridische onderbouwing.

Vraag 157

Wat is het gemiddelde salaris in de zorg en hoe verhoudt dat zich tot het gemiddelde salaris in de rest van de economie, gecorrigeerd voor het aantal gewerkte uren?

Antwoord:

Volgens het CBS bedroeg het gemiddelde uurloon in de zorg in het tweede kwartaal van 2024 circa 39,70 euro tegenover gemiddeld 39,30 euro per uur in de gehele economie³⁰. Ook blijkt uit het onderzoek van SEO over het gemiddelde uurloon in de zorg³¹ dat het uurloon in de zorg vergelijkbaar is met vergelijkbare werknemers in andere sectoren.

Vraag 158

Hoeveel geld is er in 2023 in totaal uitgegeven aan personeelskosten in de zorg en hoe verhoudt dat zich tot het totaal aan personeelskosten die in 2023 zijn uitgegeven in de gehele Nederlandse economie?

Antwoord:

De loonkosten in de sector Zorg en welzijn (inclusief kinderopvang) bedroegen in 2023 € 66.924 miljoen euro. Voor de gehele Nederlandse economie was dit € 487.473 miljoen euro (bron: CBS Statline).

Vraag 159

Welk percentage van de Nederlandse werkenden werkte in 2023 in de zorg?

Antwoord:

In het vierde kwartaal van 2023 werkte 15,9% van alle werkenden in de sector Zorg en Welzijn (bron: CBS, AZW Statline).

Vraag 160

²⁹ Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) 37 Zorgkeuzes in Kaart | Rapport | Rijksoverheid.nl

³⁰ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85917NED/table?dl=AD563>

³¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, kamerstuk 29 282, nummer 552

Hoeveel uur werkte de gemiddelde werknemer in de zorg in 2023 per week en hoe verhoudt dat zich tot het gemiddelde aantal uur van alle werkenden in Nederland?

Antwoord:

Gemiddeld werkten werknemers in de zorg in 2023 21,7 uur per week, voor alle werkenden in Nederland was dat 26,1 uur (bron: CBS Statline). Dat is het aantal gewerkte uren per jaar gedeeld door 52 weken, het gemiddelde per week dat men werkt ligt hoger. Omdat het aantal weken dat iemand vakantie heeft echter verschilt per branche en sector is een gemiddelde per gewerkte week niet te berekenen voor alle werkenden in Nederland.

Vraag 161

Hoe groot is het huidige tekort aan tandartsen? Wat is de verwachting voor de jaren 2025–2029?

Antwoord:

Vanwege een onevenredige landelijke spreiding van tandartsen is een totaal (landelijk) tekort niet vast te stellen. Uit deelrapport 3b van het Capaciteitsplan 2024–2027 van het Capaciteitsorgaan volgt echter dat er in bepaalde regio's in Nederland een tekort aan tandartsen is.³² Op basis van microdata van CBS is een beeld te schetsen van de regionale spreiding, uiteenlopend van 95 tandartsen per 100.000 inwoners in Noord Holland tot 39 en 34 per 100.000 inwoners in respectievelijk Zeeland en Flevoland. Los van de regionale tekorten aan tandartsen tekent zich in de breedte van de mondzorg een toenemende krapte op de arbeidsmarkt af. De vraag naar tandheelkunde zal naar verwachting stijgen vanwege epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Dit betreft onder andere toename van de tandheelkundige vraag onder jongeren en ouderen en toename van de behandelopties door digitalisering. Eind 2025 brengt het Capaciteitsorgaan een nieuwe integrale raming uit.

Vraag 162

Welk deel van de werknemers in de zorg leeft onder de armoedegrens?

Antwoord:

Er zijn geen specifieke statistieken die precies in kaart brengen hoeveel zorgmedewerkers onder de armoedegrens leven. Er wordt bij armoede- en koopkrachtramingen gekeken naar de gehele bevolking waarbij het niet mogelijk is de specifieke gegevens over alleen zorgmedewerkers daaruit te halen.

Daarnaast is armoede niet alleen een kwestie van inkomen. Sommige mensen en dus ook zorgmedewerkers kunnen bijvoorbeeld schulden hebben of kampen met hoge vaste lasten, waardoor ze financieel kwetsbaarder zijn dan hun salaris op het eerste gezicht doet vermoeden. Deze «onzichtbare» armoede wordt vaak niet goed vastgelegd in statistieken.

Vraag 163

Hoe groot zijn de personeelstekorten in de totale zorg momenteel? Kunt u dit in een tabel uitsplitsen per sector?

Antwoord:

Eind 2023 heeft ABF Research – in het kader van het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn van het Ministerie van VWS in samenwerking met sociale partners binnen zorg en welzijn – een prognose opgesteld voor de personeelstekorten binnen zorg en welzijn. Volgens die prognose bedraagt het actuele personeelstekort naar schatting ruim 50 duizend personen. In onderstaande tabel is een uitsplitsing gemaakt naar de verschillende branches binnen zorg en welzijn conform enerzijds het

³² Deelrapport 3b Capaciteitsplan 2024–2027, pp. 68 en 69. Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-3b-Eerstelijns-Mondzorg-DEF-12-jan.pdf (capaciteitsorgaan.nl)

referentiescenario en anderzijds het scenario Nieuw beleid. Voor een verdere toelichting op de prognose en de twee gehanteerde scenario's wordt u verwezen naar de brief³³ die naar uw Kamer is gestuurd. Naar verwachting zal de Minister van VWS uw Kamer aan het einde van dit jaar een nieuwe arbeidsmarktprognose toesturen met daarin de laatste inzichten ten aanzien van de verwachte ontwikkeling van het personeels-tekort.

Tabel: Verwachte arbeidsmarkttekort zorg en welzijn (exclusief kinderopvang) in 2024, referentiescenario en scenario Nieuw Beleid, uitgesplitst naar branche, in aantal personen

	<i>Referentiescenario</i>	<i>scenario Nieuw beleid</i>
Universitair medische centra	2.500	2.700
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	4.400	5.000
Geestelijke gezondheidszorg	5.500	5.800
Huisartsen en gezondheidscentra	1.200	1.400
Overige zorg en welzijn	7.000	7.400
Verpleeghuiszorg	13.100	14.200
Thuiszorg	4.900	5.600
Gehandicaptenzorg	7.800	8.400
Jeugdzorg	900	1.000
Sociaal werk	2.700	3.000
Totaal ¹	50.200	54.500

¹ Optelling wijkt af van totaal door afronding

Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn, ABF Research

Vraag 164

Wat is het huidige tekort aan personeel op de spoedeisende hulpposten?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het totaal (landelijk) tekort aan personeel op de spoedeisende hulpposten. Het Capaciteitsorgaan heeft in haar adviezen wel aandacht voor de tekorten van IC- en SEH-verpleegkundigen. Het aantal IC-verpleegkundigen is de afgelopen jaren licht gedaald. Uit het laatst beschikbare advies van het Capaciteitsorgaan blijkt dat er in 2022 3.652 FTE aan IC-verpleegkundigen werkzaam was, met 330 FTE aan openstaande vacatures. Experts geven aan dat het aantal werkzame fte richting 2029 echter zal moeten groeien tot 4.759 fte, wat een forse opleidingsinspanning zal vergen. Het aantal werkzame SEH-verpleegkundigen was in 2022 2.253 FTE, met 136 FTE aan openstaande vacatures. Het aantal SEH-verpleegkundigen is de afgelopen jaren gestegen, en al blijven er tekorten bestaan, zijn deze wel wat afgenomen. De afgelopen jaren zijn er ook een flink aantal SEH-verpleegkundigen opgeleid, meer ook dan geadviseerd. Dit volgt uit figuur 45 en 46 van het deelrapport 8 van het Capaciteitsorgaan³⁴. Het Capaciteitsorgaan adviseert VWS over de benodigde instroom bij een groot aantal medische vervolgoopleidingen die worden bekostigd door VWS, waaronder de SEH-arts. Voor de SEH-arts is budgettaire ruimte beschikbaar gesteld om het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan van 42 opleidingsplaatsen over te nemen.

Vraag 165

Zijn er cijfers bekend over het aantal no-shows en daaruit voortkomende kosten uitgesplitst naar eerste-en tweedelijnszorg en zo ja, kunt u deze met de Kamer delen?

Antwoord:

³³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, kamerstuk 29 282, nummer 554

³⁴ Capaciteitsplan 2022-2025 Deelrapport 8 FZO beroepen & Ambulanceverpleegkundigen - Capaciteitsorgaan

Er is geen landelijke registratie beschikbaar van het aantal no-shows en de daaruit voortkomende kosten.

Vraag 166

Hoeveel uur is de gemiddelde zorgverlener per week gemiddeld kwijt aan administratie?

Antwoord:

De cijfers over hoeveel uur een zorgverlener per week gemiddeld kwijt is aan administratie verschillen per sector. Gemiddeld gezien voor alle sectoren wordt ervan uitgegaan dat dit 40% is. In dat geval zou het op een werkweek van 40 uur gaan om 16 uur.

Vraag 167

Hoeveel uur is de gemiddelde zorgverlener per week gemiddeld kwijt aan administratieve handelingen die worden voorgeschreven door de zorgverzekeraars?

Antwoord:

De gemiddelde zorgverlener per week is gemiddeld in totaal 16 uur kwijt aan administratie. Het ministerie beschikt niet over de informatie hoeveel hiervan veroorzaakt wordt door administratieve handelingen die worden voorgeschreven door de zorgverzekeraars, omdat hier geen cijfers over bekend zijn.

Vraag 168

Ziekenhuizen mogen zelf bepalen of zij een wegblijftarief in rekening brengen in het geval van een no-show, maar hoeveel ziekenhuizen maken gebruik van deze mogelijkheid?

Antwoord:

Er is geen landelijke registratie beschikbaar van het aantal ziekenhuizen dat een wegblijftarief hanteert.

Vraag 169

Hoe vaak komt het voor dat patiënten die voor cosmetische ingrepen naar het buitenland zijn gegaan, terug in Nederland met complicaties in het ziekenhuis belanden?

Antwoord:

Het is niet bekend hoe vaak het voorkomt dat patiënten die in het buitenland zijn geweest voor cosmetische operaties terug in Nederland met complicaties moeten worden geholpen in het ziekenhuis. Hier wordt geen specifieke registratie voor bijgehouden.

Vraag 170

Hoeveel mensen werken er in de zorg? Kunt u dit in een tabel uitsplitsen per deelsector?

Antwoord:

In het eerste kwartaal van 2024 werkten er 1.343.500 mensen als werknemer in de zorg. In de onderstaande tabel is dit per branche weergegeven (seizoensgecorrigeerde aantallen, m.u.v. de VVT).

	Q1 2024
Universitair medische centra	80.300
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	223.100
Geestelijke gezondheidszorg	110.100
Huisartsen en gezondheidscentra	36.000
Overige zorg en welzijn	138.000
Verpleging, verzorging en thuiszorg ¹	472.000
Gehandicaptenzorg	184.300
Jeugdzorg	36.100
Sociaal werk	64.800

Totaal zorg en welzijn ¹	1.343.500
--	------------------

¹ Aantallen tellen niet op tot totaal omdat voor VVT het niet-seizoensgecorrigeerde aantal is opgenomen (seizoensgecorrigeerde aantal is bij VVT niet voor handen)

Bron: CBS, AZW Statline

Vraag 171

Hoeveel mensen werken er als zzp'er in de zorg? Kunt u dit in een tabel uitsplitsen per deelsector?

Antwoord:

In het eerste kwartaal van 2024 waren er 148.000 mensen actief als zzp'er in de zorg. In de onderstaande tabel is dit per branche weergegeven.

	Q1 2024
Universitair medische centra	1.000
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	10.000
Geestelijke gezondheidszorg	14.000
Huisartsen en gezondheidscentra	10.000
Overige zorg en welzijn	67.000
Verpleging, verzorging en thuiszorg	23.000
Gehandicaptenzorg	6.000
Kinderopvang (incl. peuterspeelzaalwerk)	18.000
Jeugdzorg	5.000
Sociaal werk	11.000
Totaal zorg en welzijn	148.000

Bron: CBS, AZW Statline

Vraag 172

Hoeveel fysiotherapeuten zijn er in 2023 gestopt?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over deze gegevens.

Vraag 173

Welk percentage van de fysiotherapeuten verlaat binnen vijf jaar het vak?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over deze gegevens.

Vraag 174

Wat zijn de ziekteverzuimcijfers voor de gehele sector zorg & welzijn voor 2024, voor de afgelopen vijf jaar en wat is de verwachting voor 2025?

Antwoord:

In het tweede kwartaal van 2024 was het verzuimpercentage voor de sector Zorg en Welzijn 7,2%. In de 5 jaar daarvoor was dat:

- Q2 2019: 5,7%
- Q2 2020: 6,2%
- Q2 2021: 6,5%
- Q2 2022: 7,5%
- Q2 2023: 7,0%

Over het ziekteverzuim in 2025 kan het Ministerie van VWS geen uitspraken doen. De ontwikkeling van het ziekteverzuim is van veel onzekere factoren afhankelijk en daarmee moeilijk te prognosticeren.

Vraag 175

Wat is de uitsplitsing van het verzuim per subsector? Wat is de spreiding (minimale en maximale) van de verzuimcijfers tussen werkgevers/instellingen?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de verzuimpercentages per branche weergegeven (tweede kwartaal 2024). Het Ministerie van VWS beschikt niet over gegevens over de spreiding van de verzuimcijfers.

	Q2 2024
Universitair medische centra	5,7
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	6,0
Geestelijke gezondheidszorg	7,3
Huisartsen en gezondheidscentra	6,0
Overige zorg en welzijn	5,1
Verpleging, verzorging en thuiszorg	8,8
Gehandicaptenzorg	7,7
Kinderopvang (incl. peuterspeelzaalwerk)	7,5
Jeugdzorg	7,2
Totaal zorg en welzijn	7,2

Bron: CBS, AZW Statline

Vraag 176

Hoeveel procent van de werknemers per sector in de zorg, verdienen minder dan een modaal salaris?

Antwoord:

Volgens de laatste CPB-raming bedraagt het bruto modaal inkomen in 2024 circa 44,5 duizend euro. Op basis van gegevens van het Pensioenfonds zorg en welzijn (PFZW) over het bruto voltijdsjaarinkomen van medewerkers binnen zorg en welzijn (exclusief de branches umc's en overige zorg en welzijn³⁵) verdient naar schatting zo'n 50% van die werknemers minder dan modaal. Een inkomensverdeling per branche binnen zorg en welzijn is niet voor handen en daarom is ook geen schatting te maken hoeveel werknemers minder verdienen dan modaal voor de afzonderlijke branches. Voor umc's zijn geen recente gegevens bekend over de inkomensverdeling. Op basis van oude cijfers (over 2018³⁶) is wel de verwachting dat het aandeel werknemers dat minder dan een modaal inkomen verdient veel lager ligt dan het gemiddelde van circa 50% voor andere branches binnen zorg en welzijn.

Vraag 177

Hoe hoog is de uitstroom in de zorg uitgesplitst per sector?

Antwoord:

In onderstaande tabel is voor de sector Zorg en Welzijn totaal en voor de verschillende branches weergegeven wat de uitstroom was tussen het eerste kwartaal van 2023 en het eerste kwartaal van 2024. Voor de sector als totaal was de uitstroom 10,8%. Daarvan is 1,6 procentpunt uitstroom naar pensioen (oftewel: bijna 1 op de 7 mensen die uitstroomt gaat met pensioen).

	aantal uitgestroomd	aandeel uitgestroomd
Universitair medische centra	7.710	9,4%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	18.600	8,2%
Geestelijke gezondheidszorg	9.840	9,3%
Huisartsen en gezondheidscentra	2.940	8,4%
Overige zorg en welzijn	17.790	13,3%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	51.470	11,3%

³⁵ Voor de branches umc's en overige zorg en welzijn beschikt PFZW niet over inkomensgegevens, omdat deze werknemers niet bij PFZW zijn aangesloten.

³⁶ Toen verdiende naar schatting slechts 15% van de medewerkers binnen de umc's minder dan modaal.

	aantal uitge- stroomd	aandeel uitge- stroomd
Gehandicaptenzorg	19.360	10,4%
Jeugdzorg	5.550	15,8%
Sociaal werk	9.690	16,1%
Totaal zorg en welzijn	142.940	10,8%

Bron: CBS, AZW Statline

Vraag 178

Hoe groot is het aantal zorgmedewerkers dat binnen twee jaar na hun zorgopleiding uitstroomt naar een sector die geen onderdeel vormt van Zorg en Welzijn, uitgesplitst naar sector?

Antwoord:

Uit recent onderzoek blijkt dat 12% van de werknemers binnen twee jaar na hun zorgopleiding uitstroomt uit de zorg (dat is inclusief degenen die tijdelijk vertrekken en binnen twee jaar weer in de zorg werkzaam zijn). De cijfers zijn afkomstig uit een onderzoek van SEO (2024; Voorkomen is beter dan genezen; Vroege uitval uit de zorgsector in kaart gebracht - SEO Economisch Onderzoek). Het gaat hier om werknemers, degenen die een overstap naar zzp-schap maken tellen mee als uitstroom. Daarnaast is in de afbakening van de zorg het welzijnswerk niet meegenomen. Degenen die uit bijvoorbeeld de jeugdzorg zijn overgestapt naar welzijnswerk tellen dus ook mee als uitstroom. Deze cijfers zijn niet uit te splitsen naar branche.

Vraag 179

Hoe groot is het aantal zorgmedewerkers dat binnen vijf jaar na hun zorgopleiding uitstroomt naar een sector die geen onderdeel vormt van Zorg en Welzijn, uitgesplitst naar sector?

Antwoord:

Uit recent onderzoek blijkt dat 18% van de werknemers binnen vijf jaar na hun zorgopleiding uitstroomt uit de zorg (dat is inclusief degenen die tijdelijk vertrekken en binnen vijf jaar weer in de zorg werkzaam zijn). De cijfers zijn afkomstig uit een onderzoek van SEO (2024; Voorkomen is beter dan genezen; Vroege uitval uit de zorgsector in kaart gebracht - SEO Economisch Onderzoek). Het gaat hier om werknemers, degenen die een overstap naar zzp-schap maken tellen mee als uitstroom. Daarnaast is in de afbakening van de zorg het welzijnswerk niet meegenomen. Degenen die uit bijvoorbeeld de jeugdzorg zijn overgestapt naar welzijnswerk tellen dus ook mee als uitstroom.

In het rapport van SEO zijn gegevens per branche opgenomen over degenen die binnen vijf jaar na diplomering vertrekken uit de sector. Hierbij zijn degenen die tijdelijk vertrekken en daarna weer in de zorg aan de slag gaan meegeteld. Deze cijfers geven daarmee een beeld van het aandeel werknemers dat binnen vijf jaar een vertrekbeweging maakt, maar niet van het aandeel dat na vijf jaar weg is uit de sector. Het onderzoek maakt op sectorniveau wel inzichtelijk hoeveel mensen er zijn vertrokken en weer teruggekomen, maar dit wordt niet gesplitst naar branche. Door dit aantal naar rato te verdelen over de branches, is een indicatie te geven van het aandeel mensen per branche dat binnen vijf jaar vertrekt uit de sector en in die periode niet meer terugkeert (zij zijn dus weg uit de sector).

	Uitstroom
Zorg en welzijn (excl. sociaal domein)	18%
Universitair medische centra	19%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	15%

	Uitstroom
Geestelijke gezondheidszorg	18%
Huisartsen en gezondheidscentra	10%
Overige zorg en welzijn	28%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	17%
Gehandicaptenzorg	17%
Jeugdzorg	43%

Vraag 180

Hoe hoog is de in de OVA verwerkte contractloonmutatie voor respectievelijk 2023 en 2024? Hoe hoog is de actuele contractloonmutatie in de markt voor respectievelijk 2023 en 2024 (conform de laatste stand van het Centraal Planbureau)?

Antwoord:

Het ova-percentage wordt conform de afspraken met werkgevers in de zorg in het zogenaamde ova-convenant ieder jaar definitief vastgesteld aan de hand van de CEP-raming van het CPB voor het betreffende jaar. De contractloonmutatie in de definitief vastgestelde ova voor de jaren 2023 en 2024 bedraagt respectievelijk 5,2% en 5,7%. Volgens de laatste CPB-raming (MEV 2025) bedroeg de contractloonmutatie in de marktsector 6% en 6,4% in respectievelijk 2023 en 2024.

Vraag 181

Wat is de OVA-ruimte voor 2025?

Antwoord:

De ova-ruimte voor 2025 bedraagt naar huidige inzichten circa 3,6 miljard euro structureel.

Vraag 182

Hoeveel ruimte is er voor loongroei in de zorg als geheel in 2025? Met welk percentage zouden de salarissen gemiddeld gezien kunnen stijgen?

Antwoord:

De contractloonruimte voor 2025 bedraagt 4,2% en de incidentele loonruimte 0,8%. De salarissen in de zorg zouden in 2025 op basis van de huidige raming kunnen stijgen met gemiddeld 5%.

Vraag 183

Hoe groot is de loonkloof tussen apothekemedewerkers in reguliere apotheken en apothekemedewerkers in ziekenhuisapotheken?

Antwoord:

Op basis van de salarisschalen in de Cao Apotheken en de Cao Ziekenhuizen kan een inschatting worden gemaakt van het verschil in salaris tussen apothekemedewerkers in reguliere apotheken en apothekemedewerkers in ziekenhuisapotheken. De salarisbedragen in de Cao Ziekenhuizen liggen enkele honderden euro's hoger dan de salarisbedragen in de Cao Apotheken voor vergelijkbare functies. Het werkelijke verschil in salaris hangt af van de precieze inschaling van medewerkers.

Vraag 184

Hoeveel geld is er nodig om de loonkloof tussen apothekemedewerkers in reguliere apotheken en apothekemedewerkers in ziekenhuisapotheken op te lossen?

Antwoord:

Om dit te berekenen is informatie nodig over het aantal medewerkers binnen de openbare apotheken en het aantal apothekemedewerkers in ziekenhuisapotheken en de verdeling van beide over de verschillende salarisschalen. Het Ministerie van VWS beschikt niet over deze informatie.

Vraag 185

Hoeveel budget is er beschikbaar voor loonsverhoging voor apothekmedewerkers? Wie is verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat hier voldoende budget voor is? Ligt dit bij de werkgevers, de zorgverzekeraars of de Minister van VWS?

Antwoord:

De Minister van VWS stelt ieder jaar via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) extra geld beschikbaar voor marktconforme loonontwikkeling. Ook voor apotheken. De loon- en prijsbijstelling 2025 voor de sector apotheekeerzorg bedraagt 208 miljoen euro, waarvan 49 miljoen euro voor loonbijstelling. Vanwege langer lopende contracten is begin 2024 verondersteld dat een deel van de loon- en prijsbijstelling 2024 vertraagd in de uitgaven aan apotheekeerzorg terecht zou komen. Er wordt om die reden in het kader voor 2025 rekening gehouden met een extra groei van 160 miljoen euro. In totaal is er daarmee in 2025 368 miljoen euro geraamd voor de groei van lonen en prijzen in de apotheekeerzorg.

Het is vervolgens aan partijen om op basis hiervan goede afspraken te maken. Hoeveel ruimte aanbieders hebben om via cao-afspraken de lonen van hun medewerkers te verhogen hangt af van de afspraken die zij maken met verzekeraars en hun eigen bedrijfsvoering. De overheid is geen partij in de contractonderhandelingen tussen apotheken en verzekeraars en ook niet in de positie om in te grijpen, omdat het vrije tarieven betreft. Daarbij gaat de Minister van VWS er wel vanuit dat verzekeraars zich houden aan de afspraak uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) om als startpunt van de onderhandelingen het ova-percentage door te vertalen in de tarieven en zij inkopen conform de richtlijnen uit de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg van de NZa.

Vraag 186

Hoeveel ziekenhuizen en ziekenhuislocaties zijn er sinds 2010 gesloten? Welke waren dit?

Antwoord:

In onderstaande overzicht treft u per jaar het aantal algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, buitenpoli's en kinderziekenhuizen over de afgelopen jaren op locatieniveau. De jaren 2017 en 2020 ontbreken. In deze jaren heeft er geen telling plaatsgevonden. Vanaf 2016 worden de kinderziekenhuizen voor het eerst apart vermeld. Vanaf 2018 zijn de locatiewijzigingen in kaart gebracht.

Dit overzicht per jaar is tot stand gekomen op basis van handmatige inventarisaties. Er bestaat namelijk geen eenduidige bron waarmee het RIVM de jaarlijkse update kan verzorgen op de website vzinfo.nl. De handmatige inventarisatie is gebaseerd op de websites van de ziekenhuizen. Buitenpoli's zijn vaak moeilijk terug te vinden op de websites. Met name als er bijvoorbeeld voor maar 1 of 2 specialismen een spreekuur is. Niet altijd duidelijk of er dan gesproken kan worden over een buitenpoli-kliniek.

Aantal locaties algemene-, academische- en kinderziekenhuizen en aantal buitenpoli's 2010-2023

Jaar	Algemene ziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie wijzigingen algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie wijzigingen academische ziekenhuizen	Kinderziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie kinderziekenhuizen	Buitenpoli's (locatieniveau)
2010	126		11				83
2011	123		11				88
2012	121		11				97
2013	120		11				106

Jaar	Algemene ziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie wijzigingen algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie wijzigingen academische ziekenhuizen	Kinderziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie kinderziekenhuizen	Buitenpoli's (locatieniveau)
2014	120		11				111
2015	115		11				124
2016	108		8 ¹	– Erasmus MC Daniel den Hoed ² – Erasmus MC Sophia ³ – UMC Utrecht Wilhelmina Kinderziekenhuis ³	5	1. Emma Kinderziekenhuis Amsterdam; 2. Erasmus Medisch Centrum Sophia kinderziekenhuis; 3. Willem-Alexander Leiden; 4. Radboud UMC Amalia; 5. UMCU Wilhelmina Kinderziekenhuis	144
2018	105	– Alrijne Ziekenhuis Alphen aan den Rijn ⁴ – Havenziekenhuis Rotterdam –Albert Schweitzer Ziekenhuis Amstelveen Dordrecht	8		6	+ Princes Maxima Centrum Utrecht	134
2019	101	– MC Emmeloord ⁴ – MC Slotervaart – HagaZiekenhuis Juliana Den Haag ³ – Ommelander locatie Delfzicht ⁴	8		7	+ HagaZiekenhuis Juliana Den Haag	129
2021	99	– HagaZiekenhuis Sportlaan Den Haag – Meander MC Baarn	8		7		141
2022	98	– Amphia Ziekenhuis Breda Langendijk	8		7		145
2023	98		8		7		147
2024	98		8		7		148

¹ In de tijd van 11 locaties werden kinderziekenhuizen nog niet apart vermeld. Dus naast de 8 UMC's van nu, zijn in Rotterdam en Utrecht de kinderziekenhuizen bij de academische ziekenhuizen meegeteld. Daarnaast werd Rotterdam Daniel de Hoed (heet nu: Erasmus Medisch Centrum Kanker Instituut) als academisch ziekenhuis meegeteld.

² Locatie is nog open, wordt nu meegeteld als algemeen ziekenhuis onder de naam Erasmus Medisch Centrum Kanker Instituut

³ locatie is nog open, wordt nu meegeteld als kinderziekenhuis.

⁴ locatie is nog open, maar buitenpoli geworden.

Vraag 187

Hoeveel ziekenhuisafdelingen zijn er sinds 2010 gesloten? Welke waren dit?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS kan u geen overzicht geven van het aantal ziekenhuisafdelingen die sinds 2010 in Nederland is gesloten.

Vraag 188

Hoeveel spoedeisende hulpposten zijn er sinds 2010 in Nederland gesloten en hoeveel zijn afgebouwd tot spoedplein of niet meer 24/7 bereikbaar? Kunt u een lijst geven van deze SEH's?

Antwoord:

In onderstaande tabel staat het aantal spoedeisende-hulp-locaties (SEH's) in Nederland van 2011 t/m 2024 en staan de namen van gesloten SEH's vanaf 2016. Over 2010 en 2012 zijn geen cijfers beschikbaar. In de periode vóór 2016 is niet systematisch bijgehouden welke SEH's gesloten zijn. Evenmin is een overzicht beschikbaar van welke SEH's zijn omgevormd tot spoedpost. Een kaart met alle actueel geopende SEH's is te vinden op Acute zorg | Regionaal | SEH | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl).

	Aantal SEHs 24/7-uurs openstelling	Totaal aantal SEH's (incl. SEH's die niet 24/7 open zijn)	Naam van gesloten SEH
2011	99	99	
2013	94	94	
2014	91	95	
2015	91	95	
2016	90	94	Haga ziekenhuis Den Haag locatie Sportlaan
2017	89	94	Franciscus Gasthuis & Vlietland in Schiedam is van 24/7 uurs naar dag-avond openstelling gegaan
2018	86	89	Sluiting van 24/7-uurs SEH (3): HMC Antoniushove Leidschendam, St Antonius Woerden, ZGT Hengelo Sluiting van dag/avond SEH (2): Albert Schweitzer Zwijndrecht, Havenziekenhuis Rotterdam
Jan. 2019	84	87	Sluiting van 24/7-uurs SEH (2): MC Slotervaart Amsterdam, MC IJsselmeer Lelystad
Maart 2019	83	87	SEH van het ETZ locatie Tweesteden van 24/7-uurs naar dag/avond
Maart 2020	80	83	Sluiting van 24/7-uurs SEH (3): HMC Bronovo, SEH Bethesda Hoogeveen en SEH Refaja Stadskanaal Sluiting van dag/avond SEH (1): dag/avond SEH van het ETZ locatie TweeSteden is in 2019 samengevoegd met de 24/7 basis-SEH van het ETZ op de locatie Elisabeth
Maart 2021	80	82	SEH Spaarne Haarlem Noord tijdelijk gesloten
Maart 2022	80	83	SEH Spaarne Haarlem Noord weer open
April 2023	80	83	Geen wijzigingen t.o.v. 2022
Mei 2024	76	80	SEH Tergooi MC locatie Blaricum gesloten in verband met nieuwbouw op locatie Hilversum. SEH Spaarne locatie Haarlem Noord gesloten (veranderd naar een «spoedpost» SEH Amsterdam UMC locatie VUmc gesloten. SEH Gelre locatie Zutphen van 24/7-uurs naar dag/avond.

Bron: RIVM

Vraag 189

Hoeveel verloskunde afdelingen zijn er sinds 2010 in Nederland gesloten en hoeveel zijn niet meer 24/7 bereikbaar? Kunt u een lijst geven van deze verloskunde afdelingen?

Antwoord:

Een overzicht van alle locaties met een 24/7 aanbod van acute verloskunde is beschikbaar op de website van het RIVM: Acute zorg | Regionaal | Acute verloskunde | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl). Dit overzicht is beschikbaar vanaf 2015, omdat de informatie tot 2014 minder specifiek werd uitgevraagd.

De locaties op deze lijst voldoen in ieder geval aan de volgende criteria:

- Er wordt 24/7 acute verloskunde aangeboden.
- Er is altijd een klinisch verloskundige, een a(n)ios gynaecologie, of een gynaecoloog aanwezig.
- Een gynaecoloog, kinderarts, anesthesioloog, anesthesiemedewerker en OK-ruimte zijn allemaal binnen 30 minuten beschikbaar.

Het RIVM houdt geen locaties bij waar deze zorg niet 24/7 wordt aangeboden. Hierdoor kan er geen onderscheid worden gemaakt tussen locaties die niet meer 24/7 bereikbaar zijn en locaties die volledig zijn gesloten. De lijst van gesloten of niet meer 24/7 beschikbare locaties op basis van de RIVM-gegevens van de afgelopen 10 jaar is als volgt:

Jaar	Aantal locaties met acute verloskunde ⁵	Naam van gesloten acute verloskunde locaties	«Nieuwe» locaties
2015 ¹	84		
2016	81	– Hengelo ZGT – Amsterdam Slotervaart – Roosendaal Bravis	
2017	81	– Leiden Alrijne ziekenhuis – Sittard-Geleen Zuyderland	Twee ziekenhuizen die in 2014 niet volledig aan de criteria voor acute verloskunde voldeden, tellen vanaf 2017 wel mee.
2018	80	– Emmen Scheper ziekenhuis – Tilburg ETZ locatie Tweesteden – Woerden St. Antonius ziekenhuis	– Utrecht St. Antoniusziekenhuis – Stadskanaal Refaja Ziekenhuis
2019	75	– Lelystad MC IJsselmeer – Purmerend Dijklander – Nieuwegein St. Antoniusziekenhuis – Hoofddorp Spaarne Gasthuis – Stadskanaal Refaja – Hoogeveen Bethesda – Den Haag HMC Bronovo	– Emmen Scheper ziekenhuis
2020	74		
2021	75		
2022	74		
2023	72	– Amsterdam AUMC locatie VUMC – Schiedam Franciscus Vlietland, – Zutphen Gelre	– Amstelveen ziekenhuis Amstelland
2024	71	– Amsterdam OLVG locatie West – Blaricum Tergooi MC	– Hilversum Tergooi MC (verplaatst vanuit Blaricum)

¹ Peilmaanden variëren.

Vraag 190

Hoeveel winst werd er in 2023 uitgekeerd door zorgaanbieders?

Antwoord:

In de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is voor zorginstellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat uit hoofde van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet Langdurige Zorg (Wlz), een verbod op winstuitkering vastgelegd. Daarbij is bij algemene maatregel van bestuur voor een aantal categorieën instellingen een uitzondering gemaakt: die categorieën

instellingen mogen dus wel winst uitkeren.³⁷ Er is geen integraal overzicht van uitgekeerde winst.

SIRM en Finance Ideas hebben in 2019 in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar dividenduitkering door zorgaanbieders met een Wtzi-toelating.³⁸ In hun rapport zeggen de onderzoekers hier het volgende over: «Het is moeilijk rechtstreeks te achterhalen hoeveel dividend in de zorg is uitgekeerd. Onze ruwe schatting komt op € 275 miljoen voor 2016. Hieronder valt niet eventueel dividend uitgekeerd door BV's aan wie WTZi toegelaten zorgaanbieders zorg hebben uitbesteed. Daarvoor hebben we onvoldoende gegevens. Wel hebben we de medisch-specialistische bedrijven meegenomen in de schatting. Het in de zorg uitgekeerd dividend bestaat grotendeels uit dividend van bedrijven van medisch specialisten, huisartsen, tandartsen, apothekers en paramedici. Een klein deel, ongeveer € 6 miljoen per jaar, wordt uitgekeerd door BV's, werkzaam in de extramurale GGZ en thuiszorg. Of een ondernemer-zorgaanbieder kiest voor een BV of werkt als zelfstandige, is deels een juridische en fiscale optimalisatie. Daarom is ook de vergelijking met winst van zelfstandig gevestigde zorgverleners zonder BV relevant. Dat schatten we voor 2016 op € 0,6 miljard.»

Vraag 191

Hoeveel winst werd er in 2023 gemaakt door zorgaanbieders?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de precieze informatie die u vraagt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het bedrijfsresultaat (de bedrijfsopbrengsten minus de bedrijfslasten, exclusief het saldo van financiële en buitengewone baten en lasten) van instellingen met minimaal tien werknemers in verschillende zorgsectoren in 2022. Op het moment van schrijven van dit antwoord bevatten de beschikbare gegevens (CBS, Statline) nog niet de cijfers voor 2023.

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) vallen instellingen voor intramurale zorg en delen van de extramurale zorg, zoals de medisch-specialistische zorg, onder het verbod op winst oogmerk op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Zij mogen geen winst uitkeren. Het positieve resultaat dat zij boeken, kan aangewend worden voor het aanleggen van reserves, of herinvesteringen in de zorg.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)	2022 ¹
Universitair medische centra	227
Algemene ziekenhuizen	482
Categoriale ziekenhuizen	24
GGZ met overnachting	83
Gehandicaptenzorg	210
Jeugdzorg met overnachting	- 10
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	- 1
Ambulante jeugdzorg	1

³⁷ De instellingen die winst mogen uitkeren vallen onder de uitzonderingsgrond in de Wtzi, voor zover zij *uitsluitend* de volgende vormen van zorg verlenen: audiologische zorg, behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening; farmaceutische zorg; huisartsenzorg; kraamzorg; medisch specialistische zorg, uitsluitend in verband met een psychiatrische aandoening en niet in combinatie met Zvw-verblijf; mondzorg; paramedische zorg; persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, schoonmaak van de woning of behandeling, anders dan behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening, indien deze vormen van zorg niet worden verleend in combinatie met Wlz-verblijf; trombosezorg; uitleen van verpleegartikelen; verloskundige zorg; verstrekken van hulpmiddelen; vervoer; zorg in een kleinschalige woonvoorziening.

³⁸ SIRM en Finance Ideas, juni 2019, Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, Utrecht.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)	2022 ¹
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	380

¹ voorlopige cijfers

Bron: CBS Statline, tabel Zorginstellingen; financiën en personeel

Vraag 192

Hoeveel winst werd er de afgelopen vijf jaar jaarlijks gemaakt door farmaceutische bedrijven in Nederland?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS houdt geen overzicht bij van de winst die farmaceutische bedrijven maken. Voor beursgenoteerde bedrijven is dit openbare informatie, aangezien deze bedrijven dit rapporteren in hun jaarverslagen.

Vraag 193

Hoeveel zorgaanbieders werden in 2023 overgenomen door een private equity partij?

Antwoord:

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft zicht op concentraties (fusie of overname) van zorgaanbieders waar vijftig of meer personen direct zorg leveren. Op basis van deze cijfers zijn er in 2023 van in totaal 200 goedgekeurde concentraties 108 concentraties goedgekeurd waarbij een private equity partij betrokken is of was. De kanttekening hierbij is dat de NZa niet controleert of de voorgenomen concentratie ook daadwerkelijk plaatsvindt. Het kan dus zo zijn dat het daadwerkelijke aantal concentraties kleiner is. Daarnaast is niet uit deze cijfers te concluderen of er een toename is in het aandeel private equity in zorg, omdat er ook concentraties tussen kunnen zitten waarbij een al door private equity gefinancierde zorgaanbieder werd overgenomen door een andere private equity partij. Er is geen zicht op de hoeveelheid concentraties van zorgaanbieders waarbij minder dan vijftig personen direct zorg verlenen.

Vraag 194

Hoeveel winst werd er in 2023 gemaakt in de zorg door private equity partijen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de precieze informatie die u vraagt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het bedrijfsresultaat (de bedrijfsopbrengsten minus de bedrijfslasten, exclusief het saldo van financiële en buitengewone baten en lasten) van instellingen met minimaal tien werknemers in verschillende zorgsectoren in 2022. Het ministerie beschikt niet over een uitsplitsing van deze categorieën van zorgsectoren naar commerciële en niet-commerciële zorgpartijen, en dus ook niet over het aandeel private equity hierin. Op het moment van schrijven van dit antwoord bevatten de beschikbare gegevens (CBS, Statline) nog niet de cijfers voor 2023.

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) vallen instellingen voor intramurale zorg en delen van de extramurale zorg, zoals de medisch-specialistische zorg, onder het verbod op winstoogmerk op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Zij mogen geen winst uitkeren. Het positieve resultaat dat zij boeken, kan aangewend worden voor het aanleggen van reserves, of herinvesteringen in de zorg.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)	2022 ¹
Universitair medische centra	227
Algemene ziekenhuizen	482

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)	2022 ¹
Categorale ziekenhuizen	24
GGZ met overnachting	83
Gehandicaptenzorg	210
Jeugdzorg met overnachting	- 10
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	- 1
Ambulante jeugdzorg	1
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	380

¹ voorlopige cijfers

Bron: CBS Statline, tabel Zorginstellingen; financiën en personeel

Vraag 195

Welk deel van de zorgaanbieders is momenteel in handen van private equity investeerders? Kunt u dat uitdrukken als percentage van de totale omzet en het totaal aantal aanbieders? Hoe heeft dit percentage zich in de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aandeel private equity in de zorg weergegeven, uitgedrukt in percentages van de totale omzet binnen de Zvw en Wlz (en binnen de verschillende sectoren) in 2022 (bron: EY, onderzoek naar private equity in de zorg, 8 april 2024). Het Ministerie van VWS beschikt niet over dezelfde informatie van andere jaren.

Aandeel private equity in wettelijke geldstromen Zvw en Wlz per sector in 2022

	Private Equity Participatie Zorgverzekeringswet	Private Equity participatie Wet langdurige zorg
Medisch specialistische zorg	~3,75%	~1,16%
Verpleeg- en Verzorgingshuizen en thuiszorg	~0,73%	~0,55%
Geestelijke gezondheidszorg	~2,20%	~0%
Gehandicaptenzorg	~0%	~0%
Huisartsenzorg	~<1%	-
Kraamzorg	~20-25%	-
Paramedische zorg	~4-10%	-
Mondzorg	~19-26%	-

Vraag 196

Hoeveel zou het opleveren als het winstverbod zou worden verbreed naar de hele zorg?

Antwoord:

In de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is voor zorginstellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat uit hoofde van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet Langdurige Zorg (Wlz), een verbod op winstuitkering vastgelegd. Daarbij is bij algemene maatregel van bestuur voor een aantal categorieën instellingen een uitzondering gemaakt: die categorieën instellingen mogen dus wel winst uitkeren. Er is echter geen integraal overzicht van de uitgekeerde winst door die partijen. Verder is ook geen zicht op welke gedragseffecten zouden optreden bij een verbreding van het verbod op winstuitkering. Denk hierbij aan zorgaanbieders die stoppen met het aanbieden van zorg waardoor het toch al schaarse aanbod vermindert. Deze combinatie van factoren maakt het niet mogelijk om in beeld te brengen wat een verbreding van het winstuitkeringsverbod naar de gehele zorg zou opleveren.

Vraag 197

Hoeveel privéklinieken zijn er op dit moment in Nederland?

Antwoord:

Privéklinieken is een ruim begrip en het is uit de vraag niet helemaal af te leiden welke instellingen hiermee precies bedoeld worden. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) spreekt bij instellingen die medisch specialistische zorg (MSZ) leveren en geen ziekenhuis zijn over particuliere klinieken. Particuliere klinieken is een verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's; deze instellingen leveren verzekerde MSZ) en privéklinieken (deze instellingen leveren onverzekerde MSZ (bijv. plastische/ cosmetische chirurgie). Sommige instellingen zijn zowel ZBC als privékliniek, omdat zij zowel verzekerde als onverzekerde MSZ leveren. Voor het antwoord gaat het Ministerie van VWS uit van het aantal bij de IGJ bekende particuliere klinieken. Jaarlijks vraagt de IGJ aan alle bij haar bekende particuliere klinieken om gegevens (toezichtvragen) aan te leveren. Over verslagjaar 2023 hebben 789 particuliere klinieken de gevraagde gegevens aangeleverd. De complete dataset met alle antwoorden van deze particuliere klinieken (met vermelding van klinieknaam) wordt jaarlijks gepubliceerd op <https://data.overheid.nl/>.

Vraag 198

Kunt u een volledige lijst geven van alle privéklinieken die zich op dit moment bevinden in Nederland?

Antwoord:

Privéklinieken is een ruim begrip en het is uit de vraag niet helemaal af te leiden welke instellingen hiermee precies bedoeld worden. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) spreekt bij instellingen die medisch specialistische zorg (MSZ) leveren en geen ziekenhuis zijn over particuliere klinieken. Particuliere klinieken is een verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's; deze instellingen leveren verzekerde MSZ) en privéklinieken (deze instellingen leveren onverzekerde MSZ (bijv. plastische/ cosmetische chirurgie). Sommige instellingen zijn zowel ZBC als privékliniek, omdat zij zowel verzekerde als onverzekerde MSZ leveren. Voor het antwoord gaat het Ministerie van VWS uit van bij de IGJ bekende particuliere klinieken. Jaarlijks vraagt de IGJ aan alle bij haar bekende particuliere klinieken om gegevens (toezichtvragen) aan te leveren. Over verslagjaar 2023 hebben 789 particuliere klinieken de gevraagde gegevens aangeleverd. De complete dataset met alle antwoorden van deze particuliere klinieken (met vermelding van klinieknaam) wordt jaarlijks gepubliceerd op <https://data.overheid.nl/>.

Vraag 199

Kunt u een overzicht geven van de gemaakte winst door privéklinieken de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over een overzicht van de gemaakte winst door privéklinieken.

Vraag 200

Hoeveel mensen maakten in 2023 hun volledig eigen risico vol?

Antwoord:

Voor 2023 wordt verwacht dat 7,1 mln mensen (49% van de volwassen verzekerden) hun volledige verplicht eigen risico hebben volgemaakt. Voor 2024 wordt ervan uitgegaan dat 7,2 mln mensen (50% van de volwassen verzekerden) hun volledige verplicht eigen risico hebben volgemaakt.

Vraag 201

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2024 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord:

Er is geen eenduidige definitie van chronisch zieken of mensen met een beperking. Daarnaast is geen informatie beschikbaar over op welk moment in het jaar mensen hun eigen risico aanspreken.

Vraag 202

Hoeveel zou het jaarlijks kosten om zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico af te schaffen? Welk deel hiervan bestaat uit het wegvallen van het zogeheten remgeldeffect?

Antwoord:

Het kabinet heeft besloten om het verplicht eigen risico per 2027 te verlagen naar € 165 en het eigen risico voor medisch specialistische zorg te trancheren (op € 50 per behandelprestatie in 2027). De kosten hiervan (€ 4,1 miljard in 2027) zijn reeds verwerkt in de begroting.

Het kost naar verwachting € 2,7 miljard extra om het verplicht eigen risico, dat per 2027 dus al verlaagd wordt naar € 165, volledig af te schaffen. Hiervan betreft € 1,6 miljard de derving van de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Naar verwachting zal het remgeldeffect ongeveer € 1,1 miljard bedragen. Voor het remgeld wordt normaliter aangesloten bij ramingen van het CPB; het CPB zou daarom om een actuele inschatting van de remgeldeffecten gevraagd moeten worden. Het remgeldeffect treedt op omdat mensen zich minder bewust zullen zijn van de kosten en vaker een beroep zullen doen op de zorg.

In 2023 is onderzoek gedaan naar het vrijwillig eigen risico.³⁹ Afschaffing van het vrijwillig eigen risico zou leiden tot een toename van de totale zorguitgaven met circa € 120 miljoen per jaar. Dit bestaat volledig uit het wegvallen van het remgeldeffect.

De kosten van het afschaffen van zowel het verplicht als vrijwillig eigen risico zullen jaarlijks toenemen, vanwege de stijging van de zorgkosten.

Vraag 203

Hoeveel zou het kosten om mondzorg op te nemen in het basispakket?

Hoeveel zou het kosten als dit zou gebeuren zonder eigen risico?

Antwoord:

De kosten van een uitbreiding van het basispakket met vrijwel alle vormen van mondzorg, waarbij deze zorg óók onder het eigen risico valt, bedraagt tenminste € 2,7 miljard. De uitbreiding van het basispakket waarbij ook het eigen risico van toepassing is, zorgt ervoor dat de inkomsten uit het eigen risico toenemen, omdat meer mensen uitgaven onder het eigen risico zullen gaan maken. Tegelijkertijd zal dit vermoedelijk ook gepaard gaan met een remgeldeffect. De extra inkomsten uit het eigen risico, die het gevolg zijn van het remgeldeffect, worden geschat op € 400 miljoen.⁴⁰ Hierdoor bedragen de netto-kosten van de maatregel circa € 2,2 miljard⁴¹. De nominale premie zal hierdoor op jaarbasis met ongeveer € 55 toenemen en het gemiddelde eigen risico zal met ongeveer € 30 toenemen.

De kosten van een uitbreiding van het basispakket met vrijwel alle vormen van mondzorg, waarbij deze zorg niet onder het eigen risico valt, bedraagt circa € 2,8 mld. Aangezien in deze variant het eigen risico niet toeneemt (en hier ook geen remgeldeffect mee gepaard gaat), bedragen de netto-kosten van de maatregel ook circa € 2,8 miljard. De nominale premie zal hierdoor op jaarbasis met ongeveer € 85 toenemen. In de berekeningen is geen rekening gehouden met de mogelijke aanzuigende werking van een pakketmaatregel. Deze aanzuigende werking betreft met name de mensen die nu geen aanvullende verze-

³⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/04/12/kamerbrief-over-overstapeseizoen-2022-2023>

⁴⁰ Hierbij is ervan uitgegaan dat het maximaal verplicht eigen risico € 165 bedraagt.

⁴¹ Door afronding telt de som van onderdelen niet precies op tot het genoemde totale effect.

kering hebben en die geen eigen risico meer hoeven te betalen. Voor mensen die nu wel een aanvullende verzekering hebben is het effect sterk afhankelijk van de persoonlijke context. Er zijn onder de mensen die nu een aanvullende verzekering hebben ook mensen waarvoor het remgeld-effect groter wordt.

Vraag 204

Hoeveel zou het kosten om periodieke controles bij de tandarts op te nemen in het basispakket? Hoeveel zou het kosten als dit zou gebeuren zonder eigen risico?

Antwoord:

De kosten van een uitbreiding van het basispakket met één periodieke controle per jaar waarbij deze zorg ook onder het eigen risico valt, bedraagt maximaal circa € 400 mln (14,7 mln verzekerden maal € 26,75). De uitbreiding van het basispakket waarbij ook het eigen risico van toepassing is, zorgt ervoor dat de inkomsten uit het eigen risico toenemen, omdat meer mensen uitgaven onder het eigen risico zullen gaan maken. Tegelijkertijd zal dit vermoedelijk ook gepaard gaan met een remgeldeffect. De extra inkomsten uit het eigen risico worden geschat op € 100 miljoen.⁴² Hierdoor bedragen de netto-kosten van de maatregel circa € 200 miljoen⁴³. De nominale premie zal hierdoor op jaarbasis met ongeveer € 1 toenemen en het gemiddelde eigen risico zal met ongeveer € 10 toenemen.

Het opnemen van de variant met één periodieke controle per jaar in het basispakket exclusief het eigen risico leidt tot een verschuiving van circa € 400 miljoen aan mondzorgkosten naar het basispakket. Doordat het eigen risico in deze variant niet toeneemt, en hier ook geen remgeldeffect mee gepaard gaat, bedragen de netto-kosten van de maatregel ook circa € 400 miljoen. De nominale premie zal hierdoor op jaarbasis met ongeveer € 10 toenemen.

Vraag 205

Hoe wilt u opvolging geven aan de aanbevelingen uit het eindverslag «mijding mondzorg om financiële redenen» om mondzorg voor iedereen toegankelijk te maken?

Antwoord:

De impact van sommige genoemde maatregelen in het eindverslag van het project «Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen» zijn groot. Met name een eventuele uitbreiding van het basispakket met mondzorg. Daarom is hierover een adviestraject uitgezet bij het Zorginstituut. Het adviestraject heeft twee fases: een eerste verkennende en een tweede inhoudelijke fase. De verkennende fase zal naar verwachting eind 2026 gereed zijn.

Parallel aan het adviestraject worden gerichtere maatregelen uitgewerkt, zoals ook genoemd in het eindverslag. Op dit moment loopt hiervoor een pilot met gemeenten, zorgverzekeraars en mondzorgverleners. Deze pilot loopt tot het voorjaar van 2025. In deze pilot wordt gekeken naar een betere inzet van gemeentelijke regelingen, zoals de gemeentepolis. Tegelijk wordt hierbij ook gekeken naar de mogelijkheden voor een landelijke regeling. Daarnaast wordt in (een deel van) deze gemeenten gewerkt aan het versterken van sociale vangnetten en er wordt gewerkt aan doelgroepgerichte voorlichting.

De Minister van VWS zal u over de uitkomsten van deze pilot uiterlijk in het voorjaar van 2025 informeren. Zij zal in deze brief ook ingaan op de aanbeveling om hernieuwde aandacht te geven aan de mondgezondheid in de publieke gezondheid.

⁴² Hierbij is ervan uitgegaan dat het maximaal verplicht eigen risico € 165 bedraagt.

⁴³ Door afronding telt de som van onderdelen niet precies op tot het genoemde totale effect.

Vraag 206

Hoeveel zou het kosten om fysiotherapie op te nemen in het basispakket?
Hoeveel zou het kosten als dit zou gebeuren zonder eigen risico?

Antwoord:

Volgens ramingen van het Zorginstituut is in 2022 € 0,67 miljard aan eerstelijns fysiotherapie én oefentherapie vergoed vanuit de basisverzekering en € 1,11 miljard vanuit de aanvullende verzekering. Het is niet bekend hoeveel patiënten aan eerstelijns fysio- en oefentherapie uitgeven buiten de basisverzekering en aanvullende verzekering om. VWS heeft dus geen inzicht in wat het zou kosten om alle fysiotherapie (en oefentherapie) op te nemen in het basispakket. Dit zou nader onderzocht en geanalyseerd kunnen worden. Daarbij moet dan ook rekening gehouden worden met het effect van het eigen risico. Zo'n berekening is op de korte termijn niet mogelijk.

Overigens werkt het Ministerie van VWS samen met het Zorginstituut, de NZa en veldpartijen aan het traject «Naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapie» (PAFOZ). Dit traject onderzoekt mogelijke aanpassingen van de aanspraak op eerstelijns fysio- en oefentherapie vanuit de basisverzekering, rekening houdend met de uitgangspunten van passende zorg. Onderdeel hiervan is ook een budgetimpactanalyse.

Vraag 207

Hoeveel zou het kosten om ggz volledig op te nemen in het basispakket?

Antwoord:

De basisverzekering vergoedt geestelijke gezondheidszorg (ggz) als er sprake is van een psychische stoornis waarvoor professionele hulp nodig is, behalve als het gaat om behandeling bij een aanpassingsstoornis. Behandelingen voor aanpassingsstoornissen zijn met ingang van 1 januari 2012 geen onderdeel meer van het verzekerd pakket (althans voor volwassenen: de behandeling van enkele aanpassingsstoornissen kan wel worden vergoed op grond van de Jeugdwet). Ten slotte bestaat er ggz-zorg die niet wordt vergoed vanuit het basispakket van de Zvw, maar wel uit een ander wettelijk kader. Het gaat dan bijvoorbeeld om psychosociale hulp en bemoeizorg (Wmo 2015) en zorg bij leerstoornissen (Jeugdwet).

Om een berekening te maken van de kosten van heropname in het basispakket zal er echter rekening gehouden moeten worden met zaken als uitname van deze behandelingen uit de Jeugdwet, de demografische groei en de veranderende zorgvraag. Van deze effecten valt momenteel geen accurate berekening te maken.

Wel bestaan er gegevens over de kosten van de behandeling bij aanpassingsstoornissen toen deze nog onderdeel was van het basispakket. Zo laat de Marktscan GGZ van de NZa zien dat in 2011, het laatste volledige jaar waarin aanpassingsstoornissen werden vergoed, 137 miljoen euro is uitgegeven aan de behandeling voor aanpassingsstoornissen (zie tabel 5.3 Marktscan GGZ 2014 en beleidsbrief-deel A - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)).

Het volledig opnemen van de ggz in het basispakket zal er toe leiden dat aanspraak op behandeling groter wordt en daarmee de zorgvraag toeneemt. Met de huidige arbeidskrachte zal dit leiden tot langere wachtlijsten.

Vraag 208

Hoeveel zou het kosten om ook een tweede begeleide stoppoging voor rokers te vergoeden uit het basispakket?

Antwoord:

Het kabinet vindt het van groot belang dat meer rokers stoppen. De stoppen-met-rokenzorg moet daarvoor zo goed mogelijk zijn ingericht. De huidige aanspraak voor stoppen met roken omvat één programma per kalenderjaar. Strikt genomen kunnen in een programma nu ook al

meerdere stoppogingen zitten. In de praktijk gebeurt dit echter heel weinig. We weten dat rokers die willen stoppen gemiddeld drie stoppogingen nodig hebben. Er kan om die reden ook beter gesproken worden van een stopproces dan van een stoppoging. Het is nu eenmaal niet eenvoudig om met een verslavende gewoonte op te houden. De stoppen-met-rokenzorg wordt door verschillende partijen tot stand gebracht. Zij hebben vorig jaar in gezamenlijkheid geconcludeerd de systematiek te willen aanpassen om meer recht te doen aan het stoppen met roken als proces. Het gaat dan met name om meer differentiatie in het aanbod van stoppen-met-roken zorg. Hier worden nu concrete afspraken over gemaakt, die vervolgens ook verwerkt moeten worden in de Zorgstandaard Tabaksverslaving. De NZa onderzoekt in dit proces met partijen hoe de bekostiging voor stoppen-met-rokenzorg verbeterd kan worden (en welke kosten daarmee gepaard gaan). Naar verwachting krijgen de gesprekken de komende maanden concrete uitkomsten. Zodra dat het geval is, zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport uw Kamer hier uitgebreider over informeren.

Vraag 209

Hoeveel geld zou het kosten om anticonceptie voor iedereen in Nederland vanuit de basisverzekering te vergoeden?

Antwoord:

Voor vrouwen jonger dan 21 jaar is in de Regeling zorgverzekering (Rzv) reeds bepaald dat anticonceptie is verzekerd. De kosten voor het toevoegen van anticonceptie voor vrouwen vanaf 21 jaar aan het basispakket worden geschat op 30 miljoen structureel per jaar. Als anticonceptie wordt uitgezonderd van eigen risico, zijn de kosten € 65 miljoen per jaar structureel.

De kosten voor het opnemen van anticonceptie voor mannen (mannencondooms) in het basispakket zijn voor de Minister van VWS op dit moment onbekend.

Vraag 210

Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit zijn gehaald, vanaf 2006 tot en met 2024?

Antwoord:

Het basispakket vergoedt zorg wanneer zorgpartijen zoals de beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars het erover eens zijn dat deze zorg effectief is. Deze zorg komt daarmee in aanmerking voor vergoeding vanuit het basispakket. Het basispakket kent daarmee geen gedetailleerde lijst, maar sluit aan bij wat beschouwd wordt als goede en effectieve zorg door de partijen. Hierdoor vergoedt de basisverzekering zorg die aansluit bij de meest actuele ontwikkelingen en inzichten in de medische wetenschap. Dit wordt ook wel een «open instroom» genoemd. Ongeveer 90% van de verzekerde zorg behoort tot dit open gedeelte van het basispakket. Hiervoor hoeft de overheid niet standaard een toetsing (beoordeling) te doen voor toelating tot de basisverzekering. Om deze reden is het niet mogelijk een volledig beeld te geven van alle zaken die aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit gehaald.

Voor sommige vormen van zorg geldt de open instroom niet. De aard en omvang van de verzekerde zorg is beperkt vanwege beleidsmatige of politieke redenen. Wijzigingen van deze aanspraak vereisen aanpassing van het Besluit zorgverzekering of Regeling zorgverzekering. Dit geldt voor bijvoorbeeld fysiotherapie en dure geneesmiddelen. De tabellen 1 en 2 geven een overzicht van respectievelijk de uitbreidingen en beperkingen in het basispakket. Deze uitbreidingen en beperkingen worden ook jaarlijks met de Kamer gedeeld in het kader van de voorgestelde wijzigingen in de basisverzekering voor het aankomende jaar.

Ook kan zorg voorwaardelijk worden toegelaten. In zo'n geval wordt zorg die nog niet bewezen effectief is, toch tijdelijke toegelaten tot het

basispakket. Als voorwaarde wordt gesteld dat in de periode van de tijdelijke toelating gegevens worden verzameld over de effectiviteit van de zorg. Tabel 3 betreft de voorwaardelijk toegelaten behandelingen. Tot slot wordt maandelijks de aanspraak op geneesmiddelen gewijzigd via een aanpassing van de Regeling zorgverzekering. Vanwege de enorme omvang van deze wijzigingen wordt hiervan geen lijst gedeeld. Dit gaat om veel middelen die maandelijks nieuw worden opgenomen in, of verwijderd uit het basispakket en betreft wijzigingen op productniveau. De wijzigingen zijn in te zien via de Regeling zorgverzekering en de wijzigingen worden maandelijks gepubliceerd in de Staatscourant. Hieronder zijn in tabel 1 en 2 wél de wijzigingen opgenomen die eerder met de Kamer zijn gedeeld het kader van de voorgestelde wijzigingen in de basisverzekering.

Tabel 1: Overzicht politiek besloten uitbreidingen basispakket 2006–2024

Jaar	Uitbreiding
2006	geen uitbreidingen basispakket
2007	uitbreiding aantal zittingen psychotherapie
2008	jeugd tandzorg t/m 21 jaar
2009	dyslexiezorg aan kinderen t/m 12 jaar
2010	geen uitbreidingen basispakket
2011	bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie stoppen met roken
2012	geen uitbreidingen basispakket
2013	brillenglazen voor kinderen met medische indicatie vervallen minimum leeftijdsgrens van 6 jaar bij fluorideapplicatie blijvende gebits-elementen geriatrie revalidatie (overheveling uit AWBZ) bruikleen hulpmiddelen (overheveling uit AWBZ) stoppen met roken
2014	geen uitbreidingen basispakket
2015	niet-invasieve prenatale test (NIPT) zintuiglijk gehandicaptenzorg (overheveling uit AWBZ) verpleging en verzorging zonder verblijf (overheveling uit AWBZ) tweede en derde jaar intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (overheveling uit de AWBZ)
2016	geen uitbreidingen basispakket
2017	fysiotherapie bij claudicatio intermittens (etalagebenen) plastische chirurgie bij het uitvoeren van een bovenooglidcorrectie borstvergroting bij agenesie of aplasie van de borst circumcisie om medische redenen (uitgestelde) fronttandvervanging bij verzekerden tot hun drieëntwintigste levensjaar bijzondere tandheelkunde, implantaatgedragen gebitsprothesen voor verzekerden die voor eigen rekening implantaten heeft laten plaatsen
2018	fysiotherapie bij artrose aan heup- en kniegewrichten verleggen van de afbakening tussen het basispakket en de Jeugdwet als het gaat om verzorging bij verzekerden jonger dan achttien jaar wijzigen van de prestatie zittend ziekenvervoer bij oncologische behandelingen waar het gaat om immuuntherapie met geneesmiddelen

Jaar	Uitbreiding
2019	fysiotherapie bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) uitbreiding aanspraak ziekenvervoer naar consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek die nodig zijn voor de oncologische behandelingen, nierdialyses en vergelijkbare situaties die onder de hardheidsclausule vallen
2020	Geneeskundige zorg van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten is overgeheveld vanuit de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» naar de Zvw. Verruiming in de vergoeding van apotheekbereidingen van geneesmiddelen. De geriatrische revalidatiezorg is formeel (als categorie) aan de aanspraak voor ziekenvervoer toegevoegd. In situaties waarop normaal gesproken vervoer wordt vergoed, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar een vergoeding voor de kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor vervoerskosten.
2021	Dagbehandeling voor verschillende patiëntgroepen, de gedragswetenschapper (gespecialiseerde psycholoog en orthopedagoog-generalist) en de paramedische zorg is overgeheveld vanuit de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» naar de Zvw. Ziekenvervoer van en naar dagbehandeling die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet- aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking is toegevoegd aan het basispakket. Orgaandonoren hoeven geen verplicht eigen risico meer te betalen voor medische kosten die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie bij leven. Het maximaal aantal behandelingen en onderhoudsbehandelingen voor COPD-patiënten in subcategorie B2 is gelijkgetrokken met die van categorieën C en D.
2022	geen uitbreidingen basispakket
2023	Fysio- en oefentherapie voor een valpreventieve beweeginterventie is aan het basispakket toegevoegd. De kraamzorg is geflexibiliseerd. Dit houdt in dat kraamzorg gedurende ten hoogste 6 weken, in plaats van gedurende ten hoogste 10 dagen, geleverd mag worden (gerekend vanaf de dag van bevalling).
2024	Fysio- en oefentherapie bij reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen is aan het basispakket toegevoegd. Het maximaal aantal behandelingen voor COPD-patiënten vervalt. De beperkende voorwaarden op de aanspraak voor geriatrische revalidatiezorg zijn geschrapt. Zo vervalt de voorwaarde dat iemand eerst in een ziekenhuis moet hebben gelegen. Ook kan vanaf 2025 thuis gestart worden met revalideren.

Tabel 2: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2006–2024

Jaar	Beperking
2006	geen beperkingen basispakket
2007	geen beperkingen basispakket
2008	geen beperkingen basispakket

Jaar	Beperking
2009	slaapmiddelen cholesterolverlagers hulpmiddelen
2010	acetylcysteïne
2011	antidepressiva jeugd tandzorg boven 18 jaar extracties anticonceptie fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening
2012	fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen voor eigen rekening fysiotherapie, beperking chronische lijst maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik stoppen met roken dieetadvisering eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen aanpassingsstoornissen
2013	eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen redressiehelm beperking aantal terug te plaatsen embryo's bij ivf vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder paracetamol/codeïne
2014	geen beperkingen basispakket
2015	jeugd-ggz, inclusief dyslexiezorg voor kinderen naar Jeugdwet combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar
2016	geen beperkingen basispakket
2017	geen beperkingen basispakket
2018	geen beperkingen basispakket
2019	vitaminen, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop
2020	geen beperkingen basispakket
2021	geen beperkingen basispakket
2022	combinatietest voor zwangere vrouwen colecalfiferol-bevattende geneesmiddelen en calcifediol
2023	geen beperkingen basispakket
2024	codeïne voor hoest, pijn en acute diarree

Tabel 3: Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2024

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2012	anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn
2013	renale denervatie bij patiënten met therapieresistente behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysen

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2014	het endoscopisch in plaats van chirurgisch behandelen van abcessen bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten (patiënten die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met o.a. TNF-alfa blokkers) met de ziekte van Crohn
2015	het geneesmiddel Belimumab (Benlysta®) bij een deel van de volwassen patiënten met Systemische Lupus erythematosus (SLE) tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) bij patiënten met uitgezaaid melanoom in de laatste stadia een bepaald type chemotherapie (HIPEC) ter preventie van uitzaaiingen in de buik bij bepaalde patiënten met darmkanker borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie
2016	percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia behandeling van medicamenteus onbehandelbare chronische clusterhoofdpijn met occipitale zenuwstimulatie het geneesmiddel fampridine (Fampyra®) bij multiple sclerose (MS) dendritische celvaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie sacrale neuromodulatie bij therapieresistente functionele obstipatie met vertraagde darmassage
2017	geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met autologe stamceltransplantatie voor behandeling van stadium III BRCA1-like borstkanker combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht
2018	geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) bij lumbosacraal radiculair syndroom en lumbale hernia tot 1 december 2020 verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie tot 1 oktober 2022
2019	CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association (NYHA) klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen De behandeling met Binamed medische zilverkleiding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen; Langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen. Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIC en stadium IV tot 1 juli 2022. Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met dendritische cel vaccinaties van patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie tot 1 augustus 2022, en Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelatingen van de behandeling met sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage tot 1 januari 2022

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2020	Nusinersen (Spinraza®) bij patiënten met 5q spinale spieratrofie (SMA) die 9,5 jaar en ouder zijn; Hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom.
2021	Larotrectinib (Vitrakvi®) voor de behandeling van volwassen en pediatri-sche patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen Entrectinib (Rozlytrek®) voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase- genfusie vertonen
2022	Geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van: borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie tot 1 januari 2023; VTumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIC en stadium IV tot 1 januari 2023; Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkle-ding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem tot 1 januari 2024; Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2024; CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen tot 1 maart 2024; Langdurige actieve fysiotherapie bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen tot 1 juli 2024; Combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht tot 1 oktober 2024. Geïntensiveerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker tot 1 januari 2025; Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: Dendritische cel vaccinaties bij patiënten met melanoom stadium IIIB en IIIC; Sacrale neurostimulatie bij patiënten met therapieresistente, functionele obstipa-tie met vertraagde darmassage.

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2023	<p>Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating langdurige actieve fysiotherapie of oefentherapie voor de behandeling van patiënten met reumatoïde artritis en ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2025.</p> <p>Verlenging van de periode van de voorwaardelijke toelating langdurige actieve fysiotherapie of oefentherapie voor de behandeling van patiënten met axiale spondyloartritis en ernstige functionele beperkingen tot 1 januari 2026.</p> <p>Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating van eerstelijns paramedische herstellzorg voor COVID-19-patiënten tot 1 januari 2025.</p> <p>Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: de behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV.</p> <p>Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie.</p> <p>Larotrectinib voor de behandeling van volwassen en pediatrie patiënten met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen.</p> <p>Entrectinib voor de behandeling van volwassen patiënten en kinderen van 12 jaar en ouder met solide tumoren die een neurotrofe tyrosine receptor kinase-genfusie vertonen.</p>
2024	<p>Geen nieuwe voorwaardelijke toelatingen tot het basispakket.</p> <p>Verlenging van de periode van voorwaardelijke toelating Blaasinstillatie met blaasspoelvlloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies te verlengen tot 1 januari 2027.</p> <p>Voorwaardelijke toelating combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht is met 9 maanden verlengd tot 1 juli 2025.</p> <p>Einde voorwaardelijke toelating i.v.m. afronding project: CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association (NYHA) klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen</p> <p>PA telemonitoring bij patiënten met chronisch hartfalen</p> <p>langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen</p>

Vraag 211

Hoeveel zou het kosten om Pre Expositie Profylaxe (PrEP) voor de volledige doelgroep te vergoeden, zonder eigen bijdrage?

Antwoord:

Momenteel betalen PrEP-gebruikers ongeveer € 30,- exclusief terhandstellingskosten van € 6,- à € 7,- per dertig pillen. Op basis van de cijfermatige eindevaluatie van de PrEP-regeling⁴⁴ is bekend dat 55,4% dagelijks PrEP slikt, 40,3% intermitterend en 4,3% is van dagelijks naar intermitterend overgegaan of andersom. Er is echter niet bekend hoe vaak iemand die intermitterend slikt, PrEP afneemt. Voor de berekening is ervan uitgegaan dat iemand die intermitterend slikt jaarlijks vier verpakkingen van dertig pillen slikt, en bij een wijziging van het gebruiksregime is uitgegaan van zes maanden dagelijks en in het overige half jaar twee verpakkingen van dertig pillen. Ook is uitgegaan van een vraag van 12.500 personen. De jaarlijkse kosten van het geheel vergoeden van de medicatiekosten worden dan geraamd op 4 miljoen euro.

⁴⁴ Bijlage bij Kamerstukken II, 2023–2024, 32 239, nr. 13

Vraag 212

Hoeveel zou het kosten om de eigen bijdrage voor geneesmiddelen af te schaffen?

Antwoord:

Afgaande op cijfers van de Stichting Farmaceutische Kengetallen bedroeg de eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen in 2023 ongeveer € 106 miljoen. Van dit bedrag werd, vanwege de tijdelijke maatregel waarmee de eigen bijdrage per patiënt per jaar gemaximeerd is op € 250, ongeveer de helft al collectief betaald. De andere helft van dit bedrag, een totaal van € 53 miljoen, kwam voor rekening van verzekerden.

Afschaffen van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen betekent hogere collectieve uitgaven aan geneesmiddelen. Aangezien in het kader apotheekzorg al structureel rekening wordt gehouden met dekking voor de maximering, alhoewel dit een tijdelijke maatregel is die tot en met 2025 geldt, zal de financiële dekkingsopgave op basis van de huidige kosten (o.b.v. cijfers 2023) bij afschaffing van de eigen bijdrage geen € 106 maar € 53 miljoen betreffen. Deze stijging van collectieve uitgaven zal verwerkt moeten worden in de nominale premie.

Vraag 213

Hoeveel zou het kosten om de eigen bijdrage voor kraamzorg af te schaffen?

Antwoord:

Volgens gegevens van het Zorginstituut bedraagt het totaal van eigen bijdragen in kraamzorg in 2023 ruim € 22 miljoen. De eigen bijdrage voor kraamzorg was € 4,80 per uur in 2023 en zal in 2025 € 5,40 per uur bedragen. Uitgaande van een gelijkblijvend gebruik zou het afschaffen in 2025 daarom circa € 25 miljoen kosten.

Hierbij is uitgegaan van het gemiddeld aantal daadwerkelijk afgenomen uren kraamzorg dat in 2023, net als voorgaande jaren, rond de 30 uur per geboorte lag. Het aantal uur kraamzorg dat geïndiceerd wordt (volgend uit het Landelijk Indicatie Protocol) is standaard 49 uur, waarbij het minimum 24 uur en het maximum 80 uur is.

Het afschaffen van de eigen bijdrage leidt naar verwachting tot een toenemende vraag naar kraamzorg. In dat geval lopen de kosten van afschaffen van de eigen bijdrage verder op. Tegelijkertijd kan door capaciteitsproblemen in de sector, in ieder geval op de korte termijn, niet volledig aan een stijgende vraag voldaan worden. Waardoor het daadwerkelijk gebruik naar verwachting minder hard stijgt. Stel dat we uit zouden gaan van een gebruik van circa 40 uur kraamzorg per geboorte dan zou afschaffen van de eigen bijdragen circa € 33,5 miljoen kosten.

Vraag 214

Wat is de ontwikkeling van de zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp) in de jaren 2010–2024 volgens de Zorgrekeningen van het CBS? Wat is de prognose voor de jaren 2025–2029? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoord:

Op basis van de CBS-zorgrekeningencijfers zijn er twee definities van zorguitgaven die regelmatig worden gebruikt:

1. De zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg. Tot deze uitgaven worden ook de zorgkosten gerekend die betaald worden via de aanvullende verzekeringen en eigen betalingen evenals de uitgaven aan beleids- en beheerorganisaties.
2. De uitgaven aan zorg en welzijn, ook wel de brede definitie van zorg genoemd. Dit zijn uitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg aangevuld met de uitgaven aan kinderopvang, delen van de jeugdzorg, maatschappelijke opvang (waaronder asielopvang), sociaal werk en welzijnsuitgaven.

Beide uitgavendefinities zijn ruimer dan die worden gebruikt in de VWS-begroting.

	Alle zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg		De uitgaven aan zorg en welzijn volgens de brede definitie	
	mln. euro	%BBP	mln. euro	%BBP
2010	73.402	11,5%	85.790	13,5%
2011	75.593	11,6%	88.125	13,5%
2012	78.309	12,0%	90.622	13,8%
2013	78.957	12,0%	90.954	13,8%
2014	80.116	11,9%	91.927	13,7%
2015	80.118	11,6%	92.323	13,3%
2016	82.021	11,6%	94.842	13,4%
2017	83.932	11,4%	96.972	13,1%
2018	87.334	11,3%	101.031	13,0%
2019	92.804	11,4%	107.429	13,2%
2020	100.538	12,6%	116.384	14,6%
2021	107.943	12,4%	124.794	14,3%
2022	108.279	11,3%	127.306	13,3%

NB De gegevens over 2023 en 2024 zijn nog niet bekend

Bron: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?dl=AD561>

Omdat de hoogte van toekomstige zorguitgaven afhangt van de demografie, de impact van technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, de economische groei en de impact van toekomstig beleid, is deze moeilijk te voorspellen. Het CPB kent wel een raming voor de periode 2025–2028, maar die is gebaseerd op een andere definitie, die niet simpelweg valt toe te passen op de uitgaven volgens de definities van de Zorgrekeningen van het CBS.

Vraag 215

Wat is de ontwikkeling van de zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp) in de jaren 2010–2024 volgens de RIVM-definitie van zorgkosten? Wat is de prognose voor de jaren 2025–2029? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoord:

Het RIVM gebruikt twee definities van zorguitgaven:

1. Alle zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg. Tot deze uitgaven worden ook de zorgkosten gerekend die betaald worden via de aanvullende verzekeringen en eigen betalingen evenals de uitgaven aan beleids- en beheerorganisaties. Deze definitie is ruimer dan die wordt gebruikt in de VWS-begroting.
2. Gezondheidszorg volgens de internationale definitie. Deze definitie is op onderdelen ruimer dan die wordt gebruikt in de VWS-begroting en op andere onderdelen minder ruim.

	Alle zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg		Uitgaven voor gezondheidszorg conform de internationale definitie	
	mln. euro	%BBP	mln. euro	%BBP
2010	73.402	11,5%	64.910	10,2%
2011	75.593	11,6%	66.555	10,2%
2012	78.309	12,0%	68.816	10,5%
2013	78.957	12,0%	69.901	10,6%
2014	80.116	11,9%	70.964	10,6%
2015	80.118	11,6%	71.236	10,3%
2016	82.021	11,6%	72.918	10,3%
2017	83.932	11,4%	74.614	10,1%
2018	87.334	11,3%	77.553	10,0%
2019	92.804	11,4%	82.447	10,1%
2020	100.538	12,6%	89.402	11,2%

	Alle zorguitgaven aan geneeskundige en langdurige zorg		Uitgaven voor gezondheidszorg conform de internationale definitie	
	mln. euro	%BBP	mln. euro	%BBP
2021	107.943	12,4%	96.852	11,1%
2022	108.279	11,3%	96.820	10,1%

NB De gegevens over 2023 en 2024 zijn nog niet bekend

Bron: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?dl=AD55F>

Omdat de hoogte van toekomstige zorguitgaven afhangt van de demografie, de impact van technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, de economische groei en de impact van toekomstig beleid, is deze moeilijk te voorspellen. Voor de beide RIVM-definities zijn er geen toekomstprojecties beschikbaar voor verwachte zorguitgaven. Het CPB kent wel een raming voor de periode 2025–2028, maar die is gebaseerd op een andere definitie, die niet simpelweg valt toe te passen op de uitgaven volgens de definities van het RIVM.

Vraag 216

Wat is de ontwikkeling van het Uitgavenplafond Zorg in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp) in de jaren 2010–2024? Wat is de prognose voor de jaren 2025–2029? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoord:

In onderstaande tabel staat de netto gecorrigeerde zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (BBP) in de jaren 2010–2023 en de prognose voor de jaren 2025–2029 met als basisjaar 2009.

Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat de groei van de zorguitgaven wordt beïnvloed door wijzigingen in de definitie van de zorguitgaven (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg naar het gemeentefonds) en door statistische vertekeningen, zoals in 2014 de technische correctie kader jeugd, in 2015 de technische correctie verkorting DBC-doorlooptijd en in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz. Per 2024 is het Uitgavenplafond zorg (UPZ) afgeschaft. Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen vanaf de ontwerp-begroting 2025 voor de jaren vanaf 2024 niet meer opgenomen onder de Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Om vergelijkbare cijfers te presenteren zijn deze uitgaven in de onderstaande tabel ook voor de jaren 2010 t/m 2023 gecorrigeerd. In deze uitgavendefinitie zijn de uitgaven uit de artikelen van de VWS-begroting niet meegenomen. De definitie wijkt ook af van de definitie die in de Miljoenennota wordt gehanteerd.

In de cijfers is te zien dat de netto-zorguitgaven bijna ieder jaar stijgen. Het percentage dat de verhouding van de zorguitgaven ten opzichte van het BBP weergeeft fluctueert. Dit wordt met name veroorzaakt door de economische schommelingen. In jaren waar het BBP minder hard groeit of krimpt stijgt het percentage en in de jaren dat het BBP toeneemt vice versa.

Ontwikkeling netto gecorrigeerde zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) in relatie tot ontwikkeling BBP 2010–2029 (bedragen x € 1 miljard)¹

	2010	2011	2012	2013	2014 ²	2015 ^{3, 4}	2016 ⁴	2017 ⁴
Netto gecorr. zorguitgaven (€)	58	60	62	64	64	59	60	62
Groei netto gecorr. zorguitgaven (€)	3	1	3	1	0	- 5	2	2
Groei netto gecorr. zorguitgaven (%)	5%	2%	5%	2%	1%	- 8%	3%	3%
BBP (€)	639	650	653	661	672	690	708	738

	2010	2011	2012	2013	2014 ²	2015 ^{3, 4}	2016 ⁴	2017 ⁴
Groei BBP (€)	14,4	11	3	8	11	18	18	30
Groei BBP (%)	2%	2%	0%	1%	2%	3%	3%	4%
Netto gecorr. zorguitgaven/ BBP (%)	9,1%	9,2%	9,6%	9,6%	9,5%	8,5%	8,5%	8,4%

¹ Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen vanaf de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren vanaf 2024 niet meer opgenomen onder de Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Om vergelijkbare cijfers te presenteren zijn deze uitgaven ook voor de jaren 2010 t/m 2023 gecorrigeerd.216–216

² In 2014 zijn de zorguitgaven met € 346 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie kader jeugd.

³ In 2015 zijn de zorguitgaven met € 685 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie verkorting DBC-doorlooptijd.

⁴ De grote daling in 2015 ten opzichte van 2014 wordt met name veroorzaakt door de overheveling van de Wmo en jeugd in 2015 naar de Integratie-uitkering Sociaal Domein (IUSD). De IUSD telde mee in de definitie van de zorguitgaven. Vanaf 2019 zijn de middelen uit de IUSD opgegaan in de Algemene Uitkering van het gemeentefonds en zijn ze geen onderdeel meer van de definitie van de zorguitgaven. Om een vergelijkbare uitgavenreeks te hebben met dezelfde definitie is voor de jaren 2015 t/m 2018 gecorrigeerd voor de IUSD, door deze ook voor deze jaren niet mee te laten tellen onder de definitie die nu wordt gehanteerd in de bijlage Premiegefinancierde Zorguitgaven (PZ).

2018 ¹	2019	2020	2021 ²	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
65	69	74	77	81	87	95	102	108	118	124	131
3	4	4	3	4	6	8	7	6	10	6	7
5%	7%	6%	4%	5%	8%	9%	8%	6%	9%	5%	5%
787	830	816	892	994	1.068	1.128	1.176	1.225	1.275	1.320	1.367
49	42	- 13	75	102	74	61	48	49	50	45	47
7%	5%	- 2%	9%	11%	7%	6%	4%	4%	4%	4%	4%
8,3%	8,4%	9,0%	8,6%	8,1%	8,2%	8,4%	8,7%	8,8%	9,3%	9,4%	9,6%

¹ De grote daling in 2015 ten opzichte van 2014 wordt met name veroorzaakt door de overheveling van de Wmo en jeugd in 2015 naar de Integratie-uitkering Sociaal Domein (IUSD). De IUSD telde mee in de definitie van de zorguitgaven. Vanaf 2019 zijn de middelen uit de IUSD opgegaan in de Algemene Uitkering van het gemeentefonds en zijn ze geen onderdeel meer van de definitie van de zorguitgaven. Om een vergelijkbare uitgavenreeks te hebben met dezelfde definitie is voor de jaren 2015 t/m 2018 gecorrigeerd voor de IUSD, door deze ook voor deze jaren niet mee te laten tellen onder de definitie die nu wordt gehanteerd in de bijlage Premiegefinancierde Zorguitgaven (PZ).

² De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboekings van de schadelastdip ggz van - € 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Bron: VWS- en CPB-cijfers

Vraag 217

Hoe heeft de groei van de collectieve zorguitgaven zich ten opzichte van de groei van de economie in de afgelopen vijftien jaar ontwikkeld?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan de netto gecorrigeerde zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) in relatie tot de ontwikkeling van de groei van de economie (BBP) over de afgelopen 15 jaar (2009–2023) met als basisjaar 2008.

Bij de beoordeling van deze cijfers is van belang dat de groei van de zorguitgaven wordt beïnvloed door wijzigingen in de definitie van de zorguitgaven (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg naar het gemeentefonds) en door statistische vertekeningen, zoals in 2014 de technische correctie kader jeugd, in 2015 de technische correctie verkorting DBC-doorlooptijd en in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz. Per 2024 is het Uitgavenplafond zorg (UPZ) afgeschaft. Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen vanaf de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren vanaf 2024 niet meer opgenomen onder de Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Om vergelijkbare cijfers te presenteren zijn deze uitgaven in de onderstaande tabel ook voor de jaren 2008 t/m 2023 gecorrigeerd. In deze

uitgavendefinitie zijn de uitgaven uit de artikelen van de VWS-begroting niet meegenomen. De definitie wijkt ook af van de definitie die in de Miljoenennota wordt gehanteerd.

In de cijfers is te zien dat de netto-zorguitgaven bijna ieder jaar stijgen. Het percentage dat de verhouding van de zorguitgaven ten opzichte van het BBP weergeeft fluctueert. Dit wordt met name veroorzaakt door de economische schommelingen. In jaren waar het BBP minder hard groeit of krimpt stijgt het percentage en in de jaren dat het BBP toeneemt vice versa.

Ontwikkeling netto gecorrigeerde zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) in relatie tot ontwikkeling BBP 2009–2023 (bedragen x € 1 miljard)¹

	Basisjaar 2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 ²
Netto gecorr. zorguitgaven (€)	52	56	58	60	62	64	64
Groei gecorr. netto zorguitgaven (€)		4	3	1	3	1	0
Groei gecorr. netto zorguitgaven (%)		7%	5%	2%	5%	2%	1%
BBP (€)	647	625	639	650	653	661	672
Groei BBP (€)		-22	14	11	3	8	11
Groei BBP (%)		-3%	2%	2%	0%	1%	2%
Netto gecorr. zorguitgaven / BBP (%)		8,9%	9,1%	9,2%	9,6%	9,6%	9,5%

¹ Vanwege het afschaffen van de deelpfondsen worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen vanaf de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren vanaf 2024 niet meer opgenomen onder de Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Om vergelijkbare cijfers te presenteren zijn deze uitgaven ook voor de jaren 2008 t/m 2023 gecorrigeerd.

² In 2014 zijn de zorguitgaven met € 346 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie kader jeugd.

	2015 ^{3, 4}	2016 ⁴	2017 ⁴	2018 ⁴	2019	2020	2021 ⁵	2022	2023
	59	60	62	65	69	74	77	81	87
	-5	2	2	3	4	4	3	4	6
	-8%	3%	3%	5%	7%	6%	4%	5%	8%
	690	708	738	787	830	816	892	994	1.068
	18	18	30	49	42	-13	75	102	74
	3%	3%	4%	7%	5%	-2%	9%	11%	7%
	8,5%	8,5%	8,4%	8,3%	8,4%	9,0%	8,6%	8,1%	8,2%

³ In 2015 zijn de zorguitgaven met € 685 miljoen neerwaarts bijgesteld als gevolg van de technische correctie verkorting DBC-doorlooptijd.

⁴ De grote daling in 2015 ten opzichte van 2014 wordt met name veroorzaakt door de overheveling van de Wmo en jeugd in 2015 naar de Integratie-uitkering Sociaal Domein (IUSD). De IUSD telde mee in de definitie van de zorguitgaven. Vanaf 2019 zijn de middelen uit de IUSD opgegaan in de Algemene Uitkering van het gemeentefonds en zijn ze geen onderdeel meer van de definitie van de zorguitgaven. Om een vergelijkbare uitgavenreeks te hebben met dezelfde definitie is voor de jaren 2015 t/m 2018 gecorrigeerd voor de IUSD, door deze ook voor deze jaren niet mee te laten tellen onder de definitie die nu wordt gehanteerd in de bijlage Premiegefinancierde Zorguitgaven (PZ).

⁵ De zorguitgaven zijn in 2021 gecorrigeerd als gevolg van de technische correctieboekings van de schadelastdip ggz van -€ 1,2 miljard. Per 1 januari 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. In dit nieuwe model wordt voor de bekostiging niet meer gewerkt met DBC's en komt er een aparte bekostiging voor de basis-ggz. De DBC's die worden geopend in 2021 worden derhalve uiterlijk 31-12-2021 afgesloten; dit geldt ook voor de huidige bekostiging van de basis-ggz. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing heeft geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die feitelijk kan worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er is geen sprake van een bezuiniging. Deze technische bijstelling heeft dan ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en geen invloed op de premiehoogte.

Bron: VWS- en CPB-cijfers

Vraag 218

Wat is het gemiddelde aan niet-vergoede zorgkosten en eigen bijdragen dat een chronische patiënt in 2024 en 2025 naar benadering betaalt?

Antwoord:

Er bestaat geen eenduidige definitie voor wanneer iemand een chronische patiënt is. Daarnaast is er geen centrale databron beschikbaar voor niet-vergoede zorgkosten. Dit maakt het niet mogelijk om de gemiddelde niet-vergoede zorgkosten en eigen bijdragen van een chronische patiënt te bepalen.

Wel is, voor de gehele Nederlandse bevolking, de stapeling van eigen bijdragen in beeld gebracht. In de monitor stapeling eigen bijdragen geeft

het CBS een bijna volledig overzicht van alle verplichte eigen bijdragen voor verzekerde zorg of ondersteuning voor de gehele Nederlandse bevolking. In de Kamerbrief⁴⁵ van 8 mei 2024 is geconcludeerd dat vanuit een macro-perspectief de monitor een positief beeld geeft: het gemiddelde bedrag dat personen, die meerdere eigen bijdragen per maand betalen, betalen is gedaald van € 117 per maand in 2016 tot € 84 in 2021. Dat neemt niet weg dat er specifieke groepen (of individuen) kunnen zijn waarbij dit beeld afwijkt. De monitor is een van de puzzelstukjes om de betaalbaarheid van zorg voor de zorggebruiker in kaart te brengen. Ook op andere manieren worden zaken in beeld gebracht, bijvoorbeeld de aanvullende meerkosten waar chronisch zieken en gehandicapten mee te maken krijgen, zoals het NIBUD-rapport «meerkosten van het leven met een beperking» laat zien. In de kabinetsreactie op dit rapport zal het kabinet hier verder op ingaan.

Voor niet-vergoede zorgkosten die mensen maken in verband met ziekte of invaliditeit bestaat overigens de fiscale regeling aftrek specifieke zorgkosten. Daar mogen mensen hun kosten voor geneeskundige hulp of hulpmiddelen onder bepaalde voorwaarden als aftrekpost opvoeren in de inkomstenbelasting. De verplichte eigen bijdragen van de Wmo, Wlz of Zvw zijn niet aftrekbaar. Voor mensen die geen of weinig inkomstenbelasting betalen en daardoor geen profijt hebben van het opvoeren van aftrekposten, bestaat er de tegemoetkoming specifieke zorgkosten.

Vraag 219

Hoe heeft de nominale premie zich sinds 2006 ontwikkeld als percentage van het modale inkomen?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft de ontwikkeling weer tussen 2006 en 2024 voor de nominale premie, het modaal inkomen en de verhouding tussen de twee. De verhouding tussen de nominale premie en het modaal inkomen is sinds 2017 stabiel en ligt tussen de 3,8% en 4,0%

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nominale premie	773	848	1.049	1.059	1.095	1.199	1.226	1.213	1.098
Modaal inkomen (CPB)	29.500	30.000	31.500	32.500	32.500	33.000	33.000	32.500	33.000
Nominale premie/modaal inkomen	2,6%	2,8%	3,3%	3,3%	3,4%	3,6%	3,7%	3,7%	3,3%

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nominale premie	1.158	1.201	1.286	1.308	1.384	1.414	1.471	1.514	1.650	1.747
Modaal inkomen (CPB)	33.000	33.500	34.000	34.500	35.000	36.500	37.000	39.000	41.500	44.500
Nominale premie/modaal inkomen	3,5%	3,6%	3,8%	3,8%	4,0%	3,9%	4,0%	3,9%	4,0%	3,9%

Vraag 220

Hoeveel zouden de maandelijkse kosten dalen voor mensen met een minimuminkomen als de nominale premie volledig inkomensafhankelijk zou worden?

Antwoord:

Hoe hoog de maandelijkse kosten worden voor mensen met een minimuminkomen bij een inkomensafhankelijke nominale premie is volledig afhankelijk van de keuzes die daarbij gemaakt worden in de vormgeving. Hoe inkomensafhankelijker de variant gemaakt wordt, des te lager de kosten voor de lagere inkomens en hoe hoger de kosten voor de hogere inkomens. Verder vraagt het invoeren van een inkomensafhankelijke nominale premie om keuzes en verdere uitwerking van de uitvoering.

⁴⁵ Kamerstukken II, 2023/24 29 689, nr. 1248

De financiering van de Zorgverzekeringswet is al deels inkomensafhankelijk, bijvoorbeeld via de inkomensafhankelijke bijdrage dat als percentage over het inkomen wordt afgedragen. Daarnaast ontvangen verzekerden met de laagste inkomens een tegemoetkoming voor de nominale premie en het gemiddelde eigen risico via de zorgtoeslag. Ook de zorgtoeslag is inkomensafhankelijk.

Vraag 221

Hoeveel zouden de maandelijkse kosten dalen voor mensen met een modaal inkomen als de nominale premie volledig inkomensafhankelijk zou worden?

Antwoord:

Hoe hoog de maandelijkse kosten worden voor mensen met een modaal inkomen bij een inkomensafhankelijke nominale premie is volledig afhankelijk van de keuzes die daarbij gemaakt worden in de vormgeving. Hoe inkomensafhankelijker de variant gemaakt wordt, des te lager de kosten voor de lagere inkomens en hoe hoger de kosten voor de hogere inkomens. Verder vraagt het invoeren van een inkomensafhankelijke nominale premie om keuzes en verdere uitwerking van de uitvoering. De financiering van de Zorgverzekeringswet is al deels inkomensafhankelijk, bijvoorbeeld via de inkomensafhankelijke bijdrage dat als percentage over het inkomen wordt afgedragen. Daarnaast ontvangen verzekerden met de laagste inkomens een tegemoetkoming voor de nominale premie en het gemiddelde eigen risico via de zorgtoeslag. Ook de zorgtoeslag is inkomensafhankelijk.

Vraag 222

Hoeveel geld gaat er in totaal naar de zorgtoeslag voor mensen?

Antwoord:

Zoals in artikel 8 van de VWS-begroting is opgenomen verwachten we dat er in 2025 voor € 6.969.500.000 aan zorgtoeslag wordt uitgekeerd. Dit bedrag is een saldo van in 2025 uit te betalen bedragen zorgtoeslag minus te verwachten ontvangsten via terugvorderingen zorgtoeslag. Welk bedrag er definitief aan zorgtoeslag wordt uitgekeerd in 2025 wordt te zijner tijd vermeld in het jaarverslag.

Vraag 223

Hoeveel mensen en welk percentage van de totale bevolking heeft een betalingsachterstand in het betalen van de zorgpremie?

Antwoord:

Uit cijfers van het CAK blijkt dat op 31 december 2023 er in totaal 178.916 verzekerden waren bij wie er een bestuursrechtelijke premie was opgelegd omdat zij een betalingsachterstand van de zorgpremie van zes maanden of langer hadden. Dit betreft circa 1,2% van het aantal Zvw-verzekerden boven de 18 jaar.

Vraag 224

Kunt u in een tabel overzichtelijk maken per inkomensgroep hoeveel euro en procent zij erop vooruit dan wel achteruit zouden gaan als de zorgpremie volledig inkomensafhankelijk zou worden en het eigen risico voor iedereen zou worden afgeschaft?

Antwoord:

Hoe hoog de maandelijkse kosten worden voor verschillende inkomensgroepen bij een inkomensafhankelijke nominale premie is volledig afhankelijk van de keuzes die daarbij gemaakt worden in de vormgeving. Hoe inkomensafhankelijker de variant gemaakt wordt, des te lager de kosten voor de lagere inkomens en hoe hoger de kosten voor de hogere inkomens. Verder vraagt het invoeren van een inkomensafhankelijke nominale premie om keuzes en verdere uitwerking van de uitvoering.

De financiering van de Zorgverzekeringswet is al deels inkomensafhankelijk, bijvoorbeeld via de inkomensafhankelijke bijdrage dat als percentage over het inkomen wordt afgedragen. Daarnaast ontvangen verzekerden met de laagste inkomens een tegemoetkoming voor de nominale premie en het gemiddelde eigen risico via de zorgtoeslag. Ook de zorgtoeslag is inkomensafhankelijk.

Vraag 225

Hoeveel geeft elke zorgverzekeraar uit aan bedrijfskosten? Kunt u dit per zorgverzekeraar aangeven?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft de door zorgverzekeraars gerapporteerde bedrijfskosten voor 2023 weer. 2023 is het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn. De tabel geeft zowel de totale bedrijfskosten per concern weer als de bedrijfskosten als percentage van de totale zorgkosten (van een basisverzekering) per concern.

Zorgverzekeraar (concern)	Totale bedrijfskosten in 2023 (x € 1 miljoen)	Bedrijfskosten als percentage van zorgkosten (%)
ASR	57	3,5%
CZ	296	2,6%
DSW + Stad Holland	56	2,3%
Salland	31	8,0%
Menzis	136	2,2%
ONVZ	37	3,2%
VGZ	311	2,6%
Zorg en Zekerheid	53	3,6%
Zilveren Kruis	315	2,2%

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

Vraag 226

Hoeveel geven zorgverzekeraars jaarlijks uit aan reclame-uitgaven?

Antwoord:

In de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die sinds de jaarcijfers 2014 door individuele zorgverzekeraars worden gepubliceerd, worden de uitgaven aan reclame vermeld. Op basis daarvan is onderstaande tabel opgesteld. Voor de jaren daarvoor zijn geen cijfers beschikbaar.

Ontwikkeling reclamekosten 2014–2023 op concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ASR	90	878	150	74	162	321	235	493	573	181
CZ	5.751	6.589	4.449	4.975	4.464	2.984	3.048	2.815	2.792	2.598
DSW + Stad Holland	669	484	792	836	853	807	851	943	1.023	859
Salland	1.031	686	767	918	900	883	636	444	830	579
Menzis	5.132	4.835	4.408	3.900	3.710	3.545	2.881	3.535	3.339	3.014
ONVZ	886	977	1.404	869	882	693	1.657	1.192	1.390	1.518
VGZ	6.802	6.286	4.581	5.962	4.877	4.950	4.667	5.170	4.970	4.766
Zorg & Zekerheid	1.269	1.277	1.288	1.455	1.511	1.254	1.117	1.332	1.170	1.615
Zilveren Kruis	18.106	13.457	16.153	11.093	12.326	8.307	5.922	7.352	4.622	8.538
Eindtotaal	39.736	35.469	33.992	30.082	29.685	23.744	21.014	23.276	20.709	23.667

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

Vraag 227

Hoeveel geven zorgverzekeraars jaarlijks uit aan acquisitiekosten?

Antwoord:

In de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, die sinds de jaarcijfers 2014 door individuele zorgverzekeraars worden gepubliceerd, worden de uitgaven aan acquisitie vermeld. Op basis

daarvan is onderstaande tabel opgesteld. Voor de jaren daarvoor zijn geen cijfers beschikbaar. Uit deze cijfers blijkt dat de totale acquisitiekosten voor de basisverzekering in 2023 ca. € 165 miljoen bedragen, oftewel ca. € 12 per premiebetaler.

Ontwikkeling acquisitiekosten 2014–2023 op concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ASR	9.836	4.503	7.441	6.580	5.768	6.644	13.971	7.116	10.957	6.525
CZ	39.288	56.226	57.336	59.519	63.859	50.946	52.327	51.133	47.757	56.715
DSW + Stad Holland	2.060	2.292	2.251	2.137	2.411	2.291	2.025	2.160	2.125	2.098
Salland	660	1.001	1.267	1.456	1.945	2.007	1.857	1.232	2.826	672
Menzis	23.281	26.902	29.726	27.621	25.944	27.153	27.927	21.812	23.089	13.522
ONVZ	8.303	10.900	9.951	10.644	10.113	10.267	9.348	7.441	7.402	7.119
VGZ	64.582	67.224	65.457	65.897	58.093	61.449	57.584	62.516	58.228	56.095
Z&Z	2.182	2.095	2.531	3.174	3.362	3.667	3.719	4.382	5.843	5.519
Zilveren Kruis	46.032	45.379	31.163	30.082	20.447	41.222	36.124	33.303	44.961	17.019
Totaal	196.224	216.522	207.123	207.110	191.942	205.646	204.882	191.095	203.188	165.284

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

Vraag 228

Kunt u per zorgverzekeraar de solvabiliteit noemen? Hoe groot is voor elk van deze verzekeraars het bedrag aan reserves bovenop de door de Nederlandse Bank (DNB) vereiste solvabiliteit? Wat is het totaal aan reserves van zorgverzekeraars bovenop de door de DNB vereiste solvabiliteit?

Antwoord:

Voor 2023 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's. De aanwezige reserves basisverzekering van zorgverzekeraars tezamen bedragen ultimo 2023 bijna € 11,0 miljard. Hiervan is bijna € 7,7 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 142%.

Solvabiliteit basisverzekering 2023, Solvency II (x € 1 mln.)

	2023	Aanwezige solvabiliteit 2023	Vereiste solvabiliteit 2023	Marge tussen aanwezige en vereiste solvabiliteit 2023
ASR	133%	253	190	63
CZ	142%	2.454	1.725	729
DSW + Stad Holland	131%	450	342	108
Salland	140%	89	64	25
Menzis	146%	1.345	920	425
ONVZ	127%	222	175	47
VGZ	142%	2.673	1.887	786
Zorg & Zekerheid	161%	370	229	141
Zilveren Kruis	142%	3.109	2.188	921
Macro	142%	10.966	7.720	3.246

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website. Zilveren Kruis betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis. VGZ betreft een inschatting op basis van de solvabiliteit basis- plus aanvullende verzekering van VGZ, naar rato van de schade basis- en aanvullende verzekering VGZ.

Vraag 229

Hoeveel premiegeld geven zorgverzekeraars uit om zorgaanbieders te controleren?

Antwoord:

Uit de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering blijkt dat de totale schadebehandelingskosten voor de basisverzekering in 2023 ca. € 186 miljoen bedragen, oftewel ca. € 13 per premiebetaler. De schadebehandelingskosten omvatten alle kosten die verband houden met de afwikkeling of uitkering van zorgkosten. Welk deel hiervan wordt besteed aan het controleren van zorgaanbieders, is niet bekend.

Vraag 230

Hoe groot is de solvabiliteitsreserve van de zorgverzekeraars op dit moment? Hoe hebben de reserves van de zorgverzekeraars zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld?

Antwoord:

Voor 2023 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering, en voor de jaren 2014 t/m 2023 de solvabiliteitsratio's. Gegevens over de solvabiliteit zijn niet beschikbaar voor 2009 t/m 2013 aangezien Solvency II pas per 1 januari 2016 van kracht is. Sinds 2014 presenteren zorgverzekeraars zelf wel al cijfers op basis van Solvency II voor de basisverzekering op hun website. De aanwezige reserves basisverzekering van zorgverzekeraars tezamen bedragen ultimo 2023 bijna € 11,0 miljard. Hiervan is bijna € 7,7 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt ultimo 2023 gemiddeld 142%.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Aanwezige solvabiliteit 2023 (x 1mln)	Vereiste solvabiliteit 2023 (x 1mln)
ASR	151%	146%	144%	138%	140%	144%	140%	138%	124%	133%	253	190
CZ	163%	169%	173%	149%	157%	154%	160%	160%	145%	142%	2.454	1.725
DSW	154%	157%	141%	147%	134%	130%	144%	145%	128%	131%	450	342
Salland	114%	108%	160%	159%	166%	155%	144%	146%	131%	140%	89	64
Menzis	129%	124%	123%	129%	138%	145%	142%	132%	128%	146%	1.345	920
ONVZ	157%	166%	142%	121%	132%	124%	155%	142%	128%	127%	222	175
VGZ	137%	155%	149%	141%	142%	143%	136%	136%	129%	142%	2.673	1.887
Zorg & Zekerheid	172%	188%	157%	151%	165%	168%	171%	158%	151%	161%	370	229
Zilveren Kruis	162%	174%	167%	137%	141%	146%	149%	138%	147%	142%	3.109	2.188
Macro	151%	160%	155%	140%	145%	146%	148%	142%	138%	142%	10.966	7.720

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

Zilveren Kruis betreft een optelling door VWS van de solvabiliteitscijfers van de risicodragers van Zilveren Kruis. VGZ betreft een inschatting op basis van de solvabiliteit basis- plus aanvullende verzekering van VGZ, naar rato van de schade basis- en aanvullende verzekering VGZ.

Vraag 231

Hoeveel gezonde levensjaren worden er per jaar toegevoegd door het preventieve werk van de GGD'en?

Antwoord:

Op deze vraag is geen eenduidig antwoord te geven, om meerdere redenen. Voorop staat dat GGD'en worden ingesteld en in stand gehouden door gemeenten. Het is daarmee niet aan het Rijk om te sturen op de baten van het werk van GGD'en in termen van gezonde levensjaren en het Rijk heeft hier ook niet de instrumenten voor in handen. GGD'en voeren een zeer brede reeks activiteiten uit. Wat «de GGD» doet is ook niet uniform in het land. Soms, zoals bij de jeugdgezondheidszorg, kunnen gemeenten ook kiezen om deze taken bij een andere aanbieder te beleggen. Gemeenten hebben, buiten hun wettelijke taken, ook veel beleidsruimte om op basis van lokale gezondheidsambities opdrachten bij de GGD uit te zetten. Het is dan ook niet mogelijk om op nationaal niveau te duiden hoeveel gezonde levensjaren worden gewonnen met het werk van de GGD'en. Dat laat onverlet dat GGD'en een onmisbare partner zijn voor gemeenten bij het uitvoeren van hun taken op gebied van preventie en gezondheidsbevordering.

Vraag 232

Hoeveel gezonde levensjaren gaan er naar schatting jaarlijks verloren als er € 300 miljoen zou worden bezuinigd op de GGD'en?

Antwoord:

De bezuiniging van € 300 mln. op de publieke gezondheid is ingeboekt in de begroting van het Ministerie van VWS op het programma pandemische paraatheid. Er is dan ook geen sprake van een bezuiniging van € 300 mln. op de GGD-en. Voor 2025 is de bezuiniging onder andere ingevuld door het verlagen van de SPUK voor GGD-en met € 11,3 mln. Voor 2026 en verder wordt de invulling van de bezuiniging nog gezien.

Het is niet mogelijk om de bezuiniging door te vertalen naar gezonde levensjaren. Zoals aangeven betreft de bezuiniging het gehele programma pandemische paraatheid en daarmee een breed scala aan activiteiten en investeringen. Specifiek wat de GGD-en betreft, speelt mee dat GGD-en binnen de kaders van de regeling, afhankelijk van de behoefte, zelf invulling geven aan de uitvoering van dit programma. GGD-en hebben bijvoorbeeld nieuwe verpleegkundigen aangetrokken of ingezet op niet-medische professionals zoals dataspecialisten of beleidsmedewerkers.

Vraag 233

Hoeveel budget komt er voor «het vergroten van het vertrouwen in vaccinaties door begrijpelijke en doelgroepgerichte voorlichting»? Welke instanties moeten hiermee aan de slag?

Antwoord:

Er is geen specifiek budget op de begroting van VWS voor «het vergroten van het vertrouwen in vaccinaties door begrijpelijke en doelgroepgerichte voorlichting». Publiekscommunicatie en voorlichting zijn een onderdeel van de uitvoering van vaccinatieprogramma's door betrokken instanties, zoals JGZ-organisaties, GGD-en en het RIVM.

Vraag 234

Hoe gaat het kabinet inzetten op fijnmazig vaccineren tegen de dalende vaccinatiegraad, zonder dat er extra middelen beschikbaar komen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS werkt met betrokken uitvoerders aan het verhogen van de vaccinatiegraad. In dat kader wordt onder meer bekeken hoe binnen de bestaande middelen de focus meer kan worden gelegd op een fijnmazige, wijkgerichte aanpak. Dit betreft niet alleen het aanbieden van vaccinaties op verschillende locaties die toegankelijk, inclusief dichtbij, zijn voor een doelgroep maar ook het aansluiten bij de diversiteit aan doelgroepen die een bepaalde wijk kent qua benadering, communicatie, et cetera. Zo wordt bij de implementatie van RSV immunisatie bijvoorbeeld bekeken hoe deze op een fijnmazige, toegankelijke manier, aansluitend bij de behoeften en wensen van de doelgroep, aangeboden kan worden.

Vraag 235

Met welke financiële middelen wordt de nieuwe samenhangende, effectieve preventiestrategie uitgevoerd?

Antwoord:

De samenhangende en effectieve preventiestrategie wordt uitgewerkt binnen bestaande budgettaire kaders. Tijdens de behandeling van de 1^{ste} suppletoire begroting VWS 2024 heeft de vorige Staatssecretaris van VWS aan lid Jansen (NSC) toegezegd de Kamer vóór de behandeling van de VWS begroting 2025 inzicht te verschaffen welk budget er voor preventie op de VWS-begroting staat, welke incidenteel zijn en op welke budgetten mogelijk wordt gekort als gevolg van het Hoofdlijnenakkoord. Uw Kamer zal hier voor de begrotingsbehandeling over worden geïnformeerd. Over de hoofdlijnen van de inzet van de middelen voor de samenhangende, effectieve preventiestrategie zal de Staatssecretaris Jeugd, Sport en Preventie uw Kamer in het eerste kwartaal van 2025 informeren.

Vraag 236

Kunt u een schematisch overzicht geven van alle onderdelen van het departement en uitvoeringsorganisaties hoe de 22% taakstelling op de ambtelijk organisatie neerslaat?

Antwoord:

De apparaatstaakstelling is in de ontwerpbegroting verwerkt op artikel 10 «Apparaatsuitgaven». Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van

wijziging waarin budgettaire ook tot uiting zal komen hoe de apparaatstaakstelling wordt verdeeld. De inhoudelijke invulling hiervan zal voor het Kerndepartement gaan via een taakdiscussie. Voor de uitvoeringsorganisatie, waar ook een gedeelte van de taakstelling zal neerslaan, zal dit gebeuren door het opdrachtenpakket aan te passen. Dit kan in overleg tussen de opdrachtgever en de uitvoerder (opdrachtnemer) verder vorm krijgen.

Vraag 237

Hoe verhoudt de voorgenomen bezuiniging op pandemische paraatheid zich tot de lessen die het kabinet heeft geleerd van de coronacrisis?

Antwoord:

In het regeerprogramma is een verlaging afgesproken van de intensiveringen publieke gezondheid en infectieziektebestrijding (oplopend naar structureel € 300 mln.). Deze verlaging hangt samen met het beleidsprogramma pandemische paraatheid waarin onder andere de lessen van de coronacrisis een vertaalslag krijgen. Voor 2025 is de bezuiniging beleidsmatig ingevuld. Voor 2026 en verder wordt bezien hoe de bezuiniging zich verhoudt tot bij de kabinetsbrede weerbaarheidsopgave, die de komende periode verder wordt uitgewerkt onder regie van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). Uiteraard zullen de lessen die zijn geleerd naar aanleiding van de coronacrisis hier nadrukkelijk bij worden meegenomen.

Vraag 238

Waarom bezuinigt het kabinet op pandemische paraatheid ondanks de constatering van de Onderzoeksraad voor Veiligheid dat de pandemische en maatschappelijke paraatheid van Nederland onvoldoende zijn op dit moment?

Antwoord:

In het regeerprogramma is een verlaging afgesproken van de intensiveringen publieke gezondheid en infectieziektebestrijding (oplopend naar structureel € 300 mln.). Deze verlaging hangt samen met het beleidsprogramma pandemische paraatheid waarin onder andere de lessen van de coronacrisis een vertaalslag krijgen. Voor 2025 is de bezuiniging beleidsmatig ingevuld. Voor 2026 en verder wordt bezien hoe de bezuiniging zich verhoudt tot bij de kabinetsbrede weerbaarheidsopgave, die de komende periode verder wordt uitgewerkt onder regie van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). Uiteraard zullen de aanbevelingen die zijn gedaan door de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) naar aanleiding van de coronacrisis hier nadrukkelijk bij worden meegenomen.

Vraag 239

Kunt u aangeven wat de gevolgen zijn van de voorgenomen bezuinigingen op pandemische paraat voor de GGD'en, RIVM en het Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI)?

Antwoord:

De bezuiniging van € 300 mln. op de publieke gezondheid, die conform de budgettaire bijlage bij het hoofdlijnenakkoord is ingeboekt in de begroting van het Ministerie van VWS op het programma Pandemische Paraatheid, kent een oplopende reeks tot 2029 (resp. € 50 miljoen voor 2025 en 2026, € 150 miljoen voor 2027, € 200 miljoen voor 2028 en € 300 miljoen vanaf 2029). Dit betreft niet alleen de GGD'en en het RIVM, maar het volledige programma pandemische paraatheid (versterking publieke gezondheidszorg en infectieziektebestrijding, maatregelen om paraatheid in de curatieve en langdurige zorg te vergroten ook ten aanzien van bijvoorbeeld hygiëne en leveringszekerheid).

Het terugdraaien van de intensiveringen van de beleidsopgave versterken publieke gezondheid en infectieziektebestrijding conform hoofdlijnenakkoord wordt voor 2025 beleidsmatig ingevuld door onder andere de SPUK voor de GGD'en te verlagen en de inzet op kennis, innovatie en versterking te verminderen. Dit betekent dat in 2025 de voorgenomen vergroting van personele capaciteit bij de GGD'en niet wordt uitgevoerd en dat een aantal voorgenomen (onderzoeks)trajecten, zoals rond het verbeteren van de modellering van infectieziekte uitbraken door het RIVM niet van start gaan. Voor de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) geldt dat zij financieel gezien in 2025 nog geen gevolgen van de bezuiniging zal ondervinden. De LFI en de GGD'en geven in de jaren tot met 2026 zo veel als mogelijk invulling aan de implementatie van de eisen om de GGD'en uniform, snel en flexibel op te kunnen laten schalen.

Voor de jaren daarna wordt de invulling van de bezuinigingen nog gezien. In het Regeerprogramma is de kabinetsbrede inzet op het versterken van de maatschappelijke weerbaarheid opgenomen. Hier maakt de zorg een belangrijk onderdeel van uit. Dit samenhangend overheidsbreed weerbaarheidsbeleid wordt in de komende maanden verder uitgewerkt onder regie van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). In dit traject zal ook de weerbaarheidsopgave van VWS nader worden geconcretiseerd. Daarbij zullen ook de gevolgen van de bezuiniging op pandemische paraatheid, die in het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken, worden betrokken.

Vraag 240

Hoe gaat u ervoor zorgen dat de GGD'en, RIVM en LFI hun werk kunnen blijven doen in zowel de koude als warme fase van een toekomstige pandemie?

Antwoord:

In het Regeerprogramma is de kabinetsbrede inzet op het versterken van de maatschappelijke weerbaarheid opgenomen. Hier maakt de zorg een belangrijk onderdeel van uit. Dit samenhangend overheidsbreed weerbaarheidsbeleid wordt in de komende maanden verder uitgewerkt onder regie van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). In dit traject zal ook de weerbaarheidsopgave van VWS nader worden geconcretiseerd. Daarbij zullen ook de gevolgen van de bezuiniging op pandemische paraatheid, die in het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken, worden betrokken.

De bezuiniging van € 300 mln. op de publieke gezondheid, die conform de budgettaire bijlage bij het hoofdlijnenakkoord is ingeboekt op het programma Pandemische Paraatheid, kent een oplopende reeks tot 2029 en is voor 2025 beleidsmatig ingevuld. Voor de jaren daarna wordt de invulling van de bezuinigingen nog gezien. Hierdoor is de continuering van de reeds in gang gezette versterkingen uit het beleidsprogramma Pandemische Paraatheid op termijn niet langer mogelijk. Deze bezuiniging heeft uiteraard grote impact op de voortgang die we op dit onderwerp kunnen maken. Dat raakt vanaf 2025 uiteraard de bescherming tegen en bestrijding van infectieziektenuitbraken, maar heeft ook bredere gevolgen voor basis noodzorg in Nederland.

Het terugdraaien van de intensiveringen van de beleidsopgave versterken publieke gezondheid en infectieziektebestrijding conform hoofdlijnenakkoord wordt voor 2025 beleidsmatig ingevuld door onder andere de SPUK voor de GGD te verlagen en de inzet op kennis, innovatie en versterking te verminderen. Dit betekent dat in 2025 de voorgenomen vergroting van personele capaciteit bij de GGD'en niet wordt uitgevoerd en dat een aantal voorgenomen (onderzoeks)trajecten, zoals rond het verbeteren van de modellering van infectieziekte uitbraken, de opschaling van de

IC-capaciteit en het bevorderen van leveringszekerheid van medische producten, niet van start gaan.

Vraag 241

Welke bezuinigingen en belastingverhogingen zullen de komende jaren gevolgen hebben voor de sport?

Antwoord:

De volgende maatregelen uit het Hoofdlijnenakkoord hebben betrekkingen op sport:

- De 10% korting op alle Specifieke Uitkeringen (SPUKS) vanaf 2026 en de overdracht van de SPUKS naar het Gemeentefonds. De korting van 10% is reeds ingeboekt op de begroting. De overheveling naar het GF heeft nog niet plaatsgevonden. Besluitvorming hierover moet nog plaatsvinden. Dit betreft drie SPUK's op het gebied van Sport en bewegen:
 - o SPUK Stimulering Sport
 - o SPUK Brede regeling Combinatiefuncties, nu onderdeel van Brede SPUK tot en met 2026.
 - o SPUK Lokale Sportakkoorden nu onderdeel van brede SPUK tot en met 2026.
- De generieke taakstelling op subsidies heeft voor 2025 geen gevolgen. Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van wijziging op de ontwerpbegroting waarin ook de beleidsmatige invulling voor 2026 en verder aan uw Kamer wordt getoond.
- Afschaffing van het verlaagde btw-tarief met ingang van 2026. Bij doorberekening in prijzen, kan dit leiden tot verhoging van de tarieven van commerciële sportaanbieders, zwembaden en toegangsprijzen voor sportevenementen.
- De trapsgewijze verhoging kansspelbelasting (in 2025 van 30,5 naar 34,2% en in 2026 van 34,2 naar 37,8%) kan gevolgen hebben op de afdrachten aan NOC*NSF.

Vraag 242

Welke maatregelen dragen voor welk deel bij aan de € 45 miljoen bezuinigingen op sport?

Antwoord:

De maatregelen uit het hoofdlijnenakkoord zijn voorlopig verwerkt in de begroting van VWS. Voor subsidietaakstelling is in de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren 2026 en verder de taakstelling nog niet beleidsmatig ingevuld. Wel is er een korting naar rato opgenomen om alvast meerjarig budgettaire de taakstelling te verwerken. Ook op artikel 6 is deze korting technisch doorgevoerd. Dat zegt nog niets over de daadwerkelijke korting. Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van wijziging op de ontwerp-begroting waarin ook de beleidsmatige invulling aan uw Kamer wordt getoond.

Vraag 243

Hoeveel zou het kosten om de btw op sport niet te verhogen naar 21%?

Antwoord:

Het uitzonderen van het geven van gelegenheid tot sportbeoefening kost € 185 miljoen en het uitzonderen van toegang tot sportwedstrijden kost € 41 miljoen. Wegens afronding kost het uitzonderen van sport in totaal € 227 miljoen per jaar.

in prijzen 2024, mln.	2025	2026	2027	2028	2029	struc	struc in
btw op geven van gelegenheid tot sportbeoefening blijft 9%		- 185	- 185	- 185	- 185	- 185	2026
btw op toegang tot sportwedstrijden blijft 9%		- 41	- 41	- 41	- 41	- 41	2026
Totaal btw op sport blijft 9%		- 227	- 227	- 227	- 227	- 227	2026

Vraag 244

Hoeveel zou het kosten om de btw op sport te verlagen naar 0%? Hoeveel zou dit kosten als enkel de kosten voor het beoefenen van sport worden verlaagd naar 0% en de btw op sport kijken op 9% te houden?

Antwoord:

Het is niet mogelijk een 0%-tarief op sport te introduceren omdat dit niet is toegestaan op grond van het Europese recht, dat geldt zowel voor het bezoeken van sportwedstrijden als het beoefenen van sport. Voor meer informatie over de mogelijkheden die de Btw-richtlijn biedt voor het introduceren van verlaagde btw-tarieven verwijst het kabinet naar de brief «Beleidsruimte btw-tarievenrichtlijn».⁴⁶ Sportverenigingen die geen winst beogen zoals voetbal-, korfbal-, volleybalverenigingen, etc., zijn vrijgesteld van btw.

Vraag 245

Hoeveel zou het kosten om sport niet met 21% te belasting, maar alle uitgaven aan sport in plaats daarvan te subsidiëren met 21%?

Antwoord:

Uit een onderzoek van het CBS blijkt dat er 19 miljard euro aan sport werd uitgegeven. Indien dit met 21% gesubsidieerd zou worden, komt dat neer op een bedrag van 4 miljard euro.⁴⁷

Vraag 246

Hoeveel zou het kosten om alle sporten gratis te maken voor alle jongeren tot 18 jaar?

Antwoord:

Er zijn 3,5 miljoen kinderen tussen de 0 en 18 jaar. De kosten voor sport lopen erg uiteen. Hierbij wordt uitgegaan van de kosten die het Jeugdfonds Sport en Cultuur hanteert. Dit is een gemiddeld bedrag van € 291 voor één abonnement over alle sporten inclusief zwemles. Dit betekent dat als alle sporten gratis worden gemaakt voor jongeren tot en met 18 jaar een bedrag van minimaal € 1 miljard nodig is om iemand één sport te laten beoefenen.

Vraag 247

Hoeveel zou het kosten om alle sporten gratis te maken voor alle jongeren tot 21 jaar?

Antwoord:

Er zijn 4.190.000 jongeren tot en met 21 jaar. De kosten voor sport lopen erg uiteen. Bij vraag 246 is berekend welk bedrag nodig is voor jeugd tot en met 18 jaar. Het aantal jongeren van 19 tot en met 21 jaar is 690.000. Ook voor deze groep lopen de kosten voor sport erg uiteen. Hierbij wordt uitgegaan van de kosten die het Volwassenenfonds Sport en Cultuur hanteert. Dit is een gemiddeld bedrag van € 240,- gemiddeld voor één abonnement. Zwemles wordt hierin niet meegerekend. Dit betekent dat als alle sporten gratis worden gemaakt voor de groep jongeren 19 tot en met 21 jaar een bedrag van ongeveer € 166 miljoen nodig is om iemand één sport te laten beoefenen. Het totaalbedrag voor alle jongeren tot en met 21 jaar is dan € 1,16 miljard (1 miljard plus 166 miljoen).

Vraag 248

Hoeveel kost een gemiddeld sportabonnement voor volwassenen?

Antwoord:

Onderzoek van het CBS (2023) geeft aan dat het duurste maandabonnement van een fitnesscentrum gemiddeld 61 euro per maand is en het

⁴⁶ Kamerstukken II 2021/22, 32 140, nr. 119.

⁴⁷ De sporteconomie in macro-economisch perspectief | CBS

goedkoopste 31 euro. Het betreft hier een ongewogen gemiddelde van respectievelijk het maandabonnement met de laagste prijs en het maandabonnement met de hoogste prijs. Indien het gemiddelde van deze twee bedragen wordt genomen, komt dat neer op 46 euro per maand.

Vraag 249

Kunt u aangeven aan de hand van welke criteria besloten wordt hoe de 22% taakstelling ambtelijke apparaat wordt ingevuld? Kunt u concreet aangeven welke taken niet meer uitgevoerd kunnen worden door de 22% taakstelling?

Antwoord:

Om verdere invulling te geven aan de taakstelling zal een taakdiscussie uitgevoerd worden voor het Kerndepartement. Hierin zal ook naar voren komen welke taken het ministerie niet meer of minder gaat uitvoeren.

Vraag 250

Hoe hoog is de gemiddelde contributie voor het lidmaatschap van een sportvereniging voor volwassenen?

Antwoord:

De door het Mulier Instituut gepubliceerde Contributiemonitor 2023/2024 biedt inzicht in de ontwikkeling van de contributies (op contributies zit geen btw) van verschillende sporttakken.⁴⁸ Hierin wordt per sport onderscheiden wat de gemiddelde contributie is voor pupillen, junioren en senioren. De Monitor biedt geen inzicht in de gemiddelde contributie van een sportvereniging voor volwassen over de gehele sportsector. Wel is het algemene beeld dat ontwikkeling van de contributies van verenigingen in acht sporttakken achterloopt op de inflatie. De reële ontwikkeling, na verrekening van de inflatie, laat voor bijna alle sporttakken en leeftijdscategorieën een reële daling zien. Voor een overzicht met gemiddelde contributies voor het lidmaatschap van een sportvereniging wordt verwezen naar het antwoord op vraag 251.

Vraag 251

Hoe hoog is de gemiddelde contributie/abonnementskosten voor een voetbalvereniging, een tennisvereniging, een hockeyvereniging, een turnschool, een zwemvereniging, een gymnastiekvereniging, een atletiekvereniging, een sportschool en een dansschool? Kunt u hierbij onderscheid maken tussen kinderen en volwassenen?

Antwoord:

De door het Mulier Instituut gepubliceerde Contributiemonitor 2023/2024 biedt inzicht in de ontwikkeling van de contributies van verschillende sporttakken.⁴⁹ Hierin wordt per sport onderscheiden wat de gemiddelde contributie is voor pupillen, junioren en senioren. Uit de Contributiemonitor 2023/2024 blijkt:

- De gemiddelde contributie van **basketbalverenigingen** in het seizoen 2023/2024 bedraagt 205 euro voor pupillen, 267 euro voor junioren en 299 euro voor senioren.
- De gemiddelde contributie van **gymnastiekverenigingen** in het seizoen 2023/2024 bedraagt 344 euro voor pupillen, 361 euro voor junioren en 365 euro voor senioren.
- De gemiddelde contributie van **korfbalverenigingen** in het seizoen 2023/2024 bedraagt 146 euro voor pupillen, 195 euro voor junioren en 251 euro voor senioren.
- De gemiddelde contributie van **paardrijverenigingen** in het seizoen 2023/2024 bedraagt voor pupillen en junioren 74 euro en 78 euro voor senioren.

⁴⁸ Contributiemonitor 2023/2024, Mulier Instituut

⁴⁹ Contributiemonitor 2023/2024, Mulier Instituut

- De gemiddelde contributie van **roeiverenigingen** in het seizoen 2023/2024 bedraagt 201 euro voor pupillen, 215 euro voor junioren, 197 euro voor studenten en 294 voor senioren.
- De gemiddelde contributie van **rugbyverenigingen** in het seizoen 2023/2024 bedraagt voor pupillen 133 euro, 172 euro voor junioren en 243 euro voor senioren.
- De gemiddelde contributie van **tennisverenigingen** in het seizoen 2023/2024 bedraagt voor pupillen 62 euro, 80 euro voor junioren en 151 euro voor senioren.
- De gemiddelde contributie van **voetbalverenigingen** in het seizoen 2023/2024 bedraagt voor pupillen 135 euro, 163 euro voor junioren en 213 euro voor senioren.
- De gemiddelde contributie van **zwemverenigingen** in het seizoen 2023/2024 bedraagt voor pupillen 297 euro, 316 euro voor junioren en 334 euro voor senioren.

De Contributiemonitor 2023/2024 biedt geen inzicht in de contributie van atletiekverenigingen, sportscholen, hockeyverenigingen en dansscholen. Het Mulier Instituut bekijkt de mogelijkheden om o.a. hockey en atletiek in het seizoen 2024/2025 onder de loep te nemen. Voor wat betreft sportscholen geeft onderzoek van het CBS (2023) aan dat het duurste maandabonnement bij een fitnesscentrum gemiddeld 61 euro per maand is en het goedkoopste 31 euro.

Vraag 252

Hoeveel kost een gemiddeld sportabonnement voor minderjarigen?

Antwoord:

Uit onderzoek van het CBS (2023) blijkt dat van de 2,3 miljoen mensen met een sportabonnement bij een fitnesscentrum er 250 duizend minderjarig zijn. Er zijn geen onderzoeksgegevens bekend over de gemiddelde prijs van een sportabonnement bij minderjarigen.

Vraag 253

Hoe hoog is de gemiddelde contributie voor het lidmaatschap van een sportvereniging voor minderjarigen?

Antwoord:

De door het Mulier Instituut gepubliceerde Contributiemonitor 2023/2024 biedt inzicht in de ontwikkeling van de contributies van verschillende sporttakken.⁵⁰ Hierin wordt per sport onderscheiden wat de gemiddelde contributie is voor pupillen, junioren en senioren. De Monitor biedt geen inzicht in de gemiddelde contributie van een sportvereniging voor minderjarigen over de gehele sportsector.

Vraag 254

Hoeveel zou het kosten om iedere jongere tot 18 jaar een vrij besteedbaar sportbudget (bv. via een sportpas) te geven ter hoogte van de kosten van een gemiddeld sportabonnement of contributie van een sportvereniging?

Antwoord:

Zoals bij vraag 246 toegelicht is een bedrag van minimaal afgerond € 1 miljard nodig om voor iedere jongere tot 18 jaar een vrij besteedbaar sportbudget (bv. via een sportpas) te geven ter hoogte van de kosten van een gemiddeld sportabonnement of contributie van een sportvereniging, bijvoorbeeld via een sportpas. In veel gemeenten wordt sport en bewegen voor jongeren tot 18 jaar, die in gezinnen met lage inkomens wonen, financieel mogelijk gemaakt via minimaregelingen of Jeugdsport fonds en cultuur.

Vraag 255

⁵⁰ Contributiemonitor 2023/2024, Mulier Instituut

Voor welke uitgaven aan sport moet btw worden betaald en voor welke niet?

Antwoord:

De btw-verhoging heeft een direct effect op sportinstellingen met een winstoogmerk (zoals fitnesscentra, commerciële zwembaden, ijs-, ski-, kart-bowling- en golfbanen) en toegang tot sportwedstrijden. De btw-verhoging geldt niet voor sportverenigingen die geen winst beogen. Voetbal-, korfbal-, volleybalverenigingen, zwembaden die eigendom zijn van een stichting of gemeente etc., zijn vrijgesteld van btw en blijven dat. In sommige gevallen moet een sportvereniging btw betalen over bijvoorbeeld de kosten voor het gebruik van een sportaccommodatie.

Vraag 256

Hoeveel geld is er nodig om alle sportaccommodaties in Nederland energieneutraal te maken?

Antwoord:

In de Routekaart Verduurzaming Sport is de doelstelling vastgelegd dat in 2050 alle sportaccommodaties CO₂-arm en 100% aardgas vrij zijn. Het Mulier Instituut heeft ten behoeve hiervan doorgerekend dat vanaf 2022 ongeveer 3,5 miljard euro nodig is voor verduurzaming van circa 10.000 sportaccommodaties. Hiervan is naar schatting 2,5 miljard euro nodig voor verduurzaming van ijsbanen en zwembaden en ongeveer 1 miljard euro voor andere sportaccommodaties, waaraan sportverenigingen ongeveer 548 miljoen euro zullen moeten bijdragen.

Vraag 257

Hoe lang zijn de wachtlijsten voor zwemles?

Antwoord:

Via de brief «Aanpak wachtlijsten zwemles en landelijk dekkend aanbod» (Kamerstukken II 2022–2023, 30 234, nr.366) is de Kamer geïnformeerd over het gegeven dat er geen centraal overzicht van wachttijden voor zwemles bestaat. Dit zou beperkte waarde hebben omdat inschrijvingen vaak al ruim voor gestart mag worden plaatsvinden of omdat kinderen op meerdere plekken ingeschreven staan. Wel krijgt de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport periodiek een inschatting van de Nationale Raad Zwemveiligheid die zich nog altijd herkent in de inschatting dat de wachttijd per locatie sterk kan differentiëren van 0 tot 24 maanden, maar dat kinderen en hun ouders rekening kunnen houden met een gemiddelde wachttijd van ca. 6 maanden.

Vraag 258

Hoe groot is het tekort aan zwemdocenten?

Antwoord:

Deze zomer is de Vereniging Werkgevers in Zwembaden en Zwemscholen een arbeidsmarktcampagne gestart via de website www.werkeninhetwater.nl om werken in zwembaden aantrekkelijker te maken. In het najaar van 2024 staan ongeveer 70 vacatures open voor zwemdocenten.

Vraag 259

Hoe heeft het aantal onverzekerde Nederlanders zich de afgelopen jaren ontwikkeld?

Antwoord:

Aantal onverzekerden per jaar per 31 december (bron: CAK)

	2019	2020	2021	2022	2023
Aangeschreven	84.992	62.553	60.608	69.471	77.365
Einde onverzekerd	84.327	67.163	56.992	68.323	73.805
Stand actief onverzekerden	24.870	20.260	23.876	25.024	28.584

De bovenstaande tabel toont het verloop van het aantal door het CAK aangeschreven onverzekerden, het aantal onverzekerden dat uit de regeling opsporing onverzekerden is gestroomd en de stand van het aantal actieve onverzekerden per ultimo jaar.

Bij de interpretatie van de tabel moet in ogenschouw worden genomen dat hierin is inbegrepen een jaarlijkse piek (in maart) van tussen de 25.000 en 30.000 aanschrijvingen. Een deel van deze piek wordt veroorzaakt door vertragingen in de administratie van overstappende verzekerden. Tussen het in- en uitstromen kan een persoon geregistreerd staan als actief onverzekerd (fase van aanschrijving en boete oplegging) of ambtshalve verzekerd. In dit proces zitten gemiddeld ca. 25.000 personen. Het gaat hier om vermeende onverzekerde verzekeringsplichtige personen die bekend zijn in bijvoorbeeld de burgerregistratie personen (BRP).

Het valt op dat het totaal aantal actief onverzekerden de afgelopen jaren licht is toegenomen. Dit wordt o.a. veroorzaakt door weer een toename van het aantal buitenlandse studenten en arbeidsmigranten die (na de Corona periode) tijdelijk in Nederland verblijven. Het gaat hier niet om onverzekerde dak- en thuisloze mensen aan wie zorg wordt verleend ten laste van de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Deze onverzekerde groep is vaak niet geregistreerd in het BRP, waardoor zij niet worden opgespoord. Zij maken daarom geen onderdeel uit van deze getallen.

Vraag 260

Hoe groot is het huidige tekort aan beschikbare plekken in beschermde woonvormen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over gegevens met betrekking tot het huidige tekort aan plekken voor beschermd wonen. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft voor het laatst in 2020 een onderzoek laten doen naar wachtlijsten voor beschermd wonen. Gemeenten zijn verantwoordelijk om mensen die wachten op een plek in een beschermd wonen-instelling ambulant te ondersteunen.

Vraag 261

Hoe groot deel van de subsidieregeling duurzaam maatschappelijk vastgoed (DUMAVA) gaat specifiek naar sportaccommodaties?

Antwoord:

De subsidieregeling duurzaam maatschappelijk vastgoed (DUMAVA) komt eigenaren tegemoet in de kosten om te verduurzamen. Het is een brede subsidieregeling voor uiteenlopende eigenaren. Voor sportverenigingen in eigen beheer is het nu niet mogelijk om aanspraak te maken op de DUMAVA. Van het totale budget (ca. € 340 miljoen) in de eerste twee subsidierondes is circa € 88 miljoen toegekend aan gemeenten. Er wordt niet opgevraagd voor welk type vastgoed gemeenten deze subsidie gebruiken, maar dit is onder andere voor onderwijs, cultuur en sport.

Vraag 262

Kan verder toegelicht worden waar de gelden van de bijdrage aan medeoverheden voor «duurzame en toegankelijke sportaccommodaties» terecht komen? Kunnen sportverenigingen hier subsidies op aanvragen of is dit enkel voor gemeentelijke accommodaties?

Antwoord:

De gelden van de bijdrage aan medeoverheden voor «duurzame en toegankelijke sportaccommodaties» komen terecht bij gemeenten. Via de «Regeling specifieke uitkering stimulerende sport» wordt beoogd om de ontwikkeling en instandhouding van sportaccommodaties en de aanschaf van sportmaterialen door gemeenten te stimuleren, daar waar de

mogelijkheid tot btw-af trek is vervallen. Gemeenten kunnen deze specifieke uitkering aanvragen voor sportactiviteiten, waarbij sprake is van btw-verlies. Gemeenten kunnen deze uitkering ook aanvragen voor sportbedrijven. Uit de monitor Gemeentelijke uitgaven van het Mulier instituut⁵¹ zijn de volgende hoofdactiviteiten te rangschikken:

- Investerings in hardware; Hierbij kan gedacht worden aan activiteiten in bouw en onderhoud van accommodaties. Dit kan zijn het aanleggen van een kunstgrasveld of de bouw van een sporthal.
- Exploitatie van sportaccommodaties; Hierbij moet gedacht worden aan het beheer van de accommodatie. Het kan gaan om gebruikskosten als energielasten en ook kunnen ingehuurde krachten zoals Buurtsportcoaches en andere beheerders van accommodaties voor zover deze btw-belast zijn in gebracht worden.

Amateursportorganisaties kunnen subsidie op grond van de Subsidieregeling Bouw en onderhoud sportaccommodaties (BOSA) aanvragen. In het geval dat bijvoorbeeld een gemeente en een vereniging co-eigenaar van een sportaccommodatie zijn, kan er voor een renovatie van die sportaccommodatie ofwel een subsidie op grond van de Subsidieregeling BOSA worden aangevraagd, ofwel een uitkering op grond van de SPUK Stimulering Sport

Vraag 263

Hoeveel ziekenhuizen per inwoneraantal hebben wij in Nederland en hoeveel is dit in andere EU-landen?

Antwoord:

De OECD gebruikt als definitie van ziekenhuizen: algemene en academische ziekenhuizen, ziekenhuizen voor geestelijke gezondheidszorg, overige gespecialiseerde ziekenhuizen en private instellingen.

In de tabel is het aantal ziekenhuizen per 1 miljoen inwoners in 2022 weergegeven, aflopend geordend naar het totaal aantal ziekenhuizen. Nederland scoort hoog omdat er relatief veel private ziekenhuizen zijn. Wanneer de publieke en private ziekenhuizen zonder winst oogmerk worden samengenomen (waarbij de private ziekenhuizen met winst oogmerk niet worden meegeteld) scoort Nederland juist relatief laag; in dat geval heeft alleen Italië minder ziekenhuizen per 1 miljoen inwoners. De buitenpoli's die onderdeel zijn van een ziekenhuis, worden hier niet apart meegeteld.

	Aantal inwoners in 2022 (x miljoen)	Aantal ziekenhuizen per 1 miljoen inwoners	w.v. publiek	w.v. privaat zonder winst oogmerk	w.v. privaat met winst oogmerk
Frankrijk	68,0	43,8		9,7	14,4
Nederland	17,6	41,4	19,7	7,9	33,5
Finland	5,5	35,8	26,5		
Duitsland	83,2	35,6	8,9	10,7	16,1
Zwitserland	8,7	31,7	29,7		
Verenigd Koninkrijk	67,0	29,7			
Oostenrijk	9,0	28,9	15,5	3,9	9,6
Italië	59,0	18,0	7,2		10,8
Ierland	5,2	16,9	13,1		3,7
Spanje	47,5	15,8	7,0	2,5	6,3
België	11,6	13,9	3,4	10,6	

Bron: <https://data-explorer.oecd.org/>

NB Niet voor alle landen binnen Europa zijn deze cijfers bekend.

⁵¹ <https://www.mulierinstituut.nl/publicaties/27213/monitor-sportuitgaven-gemeenten-2021/>

Vraag 264

Hoeveel specialisten per inwoneraantal hebben wij in Nederland en hoeveel is dit in andere EU-landen?

Antwoord:

Volgens de internationaal gebruikte definitie zijn specialisten werkzaam in een ziekenhuis (volgens de definitie zoals genoemd in het antwoord op vraag 266):

- praktiserende artsen die een studie geneeskunde op universitair niveau hebben voltooid (verleend door een adequaat diploma) en een vergunning hebben om als arts te mogen werken
- stagiaires en artsen in opleiding (met voldoende diploma en het verlenen van diensten onder toezicht van andere medische artsen tijdens hun postdoctorale stage of residentie in een zorginstelling)
- artsen in loondienst en zelfstandige artsen die diensten verlenen ongeacht de plaats van dienstverrichting
- buitenlandse artsen die een vergunning hebben om in een land actief te zijn
- alle artsen die diensten verlenen aan patiënten, waaronder radiologie, pathologie, microbiologie, hematologie,

Uitsluiting:

- Studenten die nog niet afgestudeerd zijn
- Tandartsen, stomatologen, kaak- en aangezichtschirurgen
- Artsen die werkzaam zijn in administratie, onderzoek en in andere functies die direct contact met patiënten uitsluiten
- Werkloze artsen en gepensioneerde artsen
- Artsen die in het buitenland werken

Met deze definitie van specialisten werkzaam in een ziekenhuis: het aantal specialisten per 1000 inwoners in 2022, voor de omringende landen waarover cijfers beschikbaar zijn, aflopend geordend

Zwitserland	3,58
Denemarken	3,44
Oostenrijk	2,91
Frankrijk	2,77
Noorwegen	2,65
Spanje	2,62
Duitsland	2,58
Verenigd Koninkrijk	2,43
Italië	2,38
Ierland	2,1
Finland [2021]	1,91
Nederland	1,37

Bron: <https://data-explorer.oecd.org>

Vraag 265

Hoeveel huisartsen per inwoneraantal hebben wij in Nederland en hoeveel is dit in andere EU-landen?

Antwoord:

In 2021 waren er circa 13.500 huisartsen werkzaam in Nederland, op circa 17,53 miljoen inwoners. Dat betekent ongeveer 1 werkzame huisarts op 1300 inwoners. Vergelijkbare cijfers over andere EU-landen zijn de Minister van VWS niet bekend. Bovendien is de rol die de huisartsenzorg binnen het Nederlandse zorgstelsel speelt in veel gevallen niet vergelijkbaar met andere landen.

Vraag 266

Hoeveel ziekenhuisbedden per inwoneraantal hebben wij in Nederland en hoeveel is dit in andere EU-landen?

Antwoord:

De taken van ziekenhuizen kunnen per land verschillen en zijn meestal gedefinieerd door wettelijk vastgelegde eisen. De meegetelde ziekenhuisbedden zijn die van de geregistreerde publieke ziekenhuizen, private ziekenhuizen zonder winstoogmerk en private ziekenhuizen met winstoogmerk.

Aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners in 2022, voor de omringende landen waarover cijfers beschikbaar zijn, aflopend geordend

Duitsland	7,66
Oostenrijk	6,71
Polen	6,13
Frankrijk	5,51
België	5,46
Zwitserland	4,42
Noorwegen	3,35
Italië	3,09
Spanje [schatting]	2,95
Ierland	2,94
Finland [cijfers 2021]	2,76
Denemarken	2,47
Nederland [schatting]	2,45
Verenigd Koninkrijk [schatting]	2,45
Zweden	1,9

Bron: <https://data-explorer.oecd.org>

NB Voor alle landen zijn meegeteld de algemene ziekenhuizen, de ziekenhuizen voor geestelijke gezondheidszorg en overige gespecialiseerde ziekenhuizen

Vraag 267

Hoeveel IC-bedden per inwoneraantal hebben wij in Nederland en hoeveel is dit in andere EU-landen?

Antwoord:

Aantal IC-bedden in ziekenhuizen (volgens de definitie zoals genoemd in het antwoord op vraag 266) voor volwassenen, per 100.000 inwoners in 2022, voor de omringende landen waarover cijfers beschikbaar zijn, aflopend geordend

Duitsland	28,1
Frankrijk	27,2
Oostenrijk	21,8
Spanje	18,8
België	17,1
Italië	10,3
Zwitserland	9,2
Nederland	5,7
Ierland	5,7
Zweden	4,5

Bron: <https://data-explorer.oecd.org>

Vraag 268

Hoeveel tandartsen per inwoneraantal hebben wij in Nederland en hoeveel is dit in andere EU-landen?

Antwoord:

In Nederland werken ongeveer 9.500 à 10.000 tandartsen op een bevolking van inmiddels 18 miljoen. Voor het aantal inwoners per actieve tandarts kan worden verwezen naar:

[Eerstelijnszorg | Regionaal | Tandartsenzorg | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](https://www.vzinfo.nl)

In Nederland werken naast de tandartsen ook vele mondhygiënist (3.900 per 1 januari 2022). Deze nemen een fors aandeel van de preventieve mondzorg voor hun rekening. In veel landen kent men dat beroep niet. Het aantal tandartsen per inwonertal in Nederland is daarom moeilijk te vergelijken met andere landen. Er zijn geen cijfers beschikbaar van andere EU-landen.

Vraag 269

Hoeveel zwembaden zijn er in totaal in Nederland?

Antwoord:

In Nederland zijn er in totaal 1838 zwembaden.

Vraag 270

In hoeveel gemeentes is er sprake van een armoederegeling voor zwemles en in hoeveel gemeentes niet?

Antwoord:

Deze gegevens zijn op dit moment niet bekend, maar dit najaar komt het Mulier Instituut met een rapport dat de aanwezigheid en het gebruik van ondersteuningsregelingen voor sport op gemeenteniveau onderzoekt. Daarbij is ook aandacht voor ondersteuning van zwemles. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport streeft er naar om dit voor het Wetgevingsoverleg Sport naar de Kamer te sturen.

Vraag 271

Hoeveel zwembaden zijn in Nederland nog in publieke handen?

Antwoord:

Van de 1.838 (semi-)openbare zwembaden in Nederland, staan er 535 geregistreerd als openbaar⁵². 55 procent van de overdekte zwembaden, combizwembaden en openluchtzwembaden is in eigendom van een gemeente. De overige zwembaden zijn in handen van een niet-gemeentelijke partij, zoals een bv, stichting of vereniging. Het merendeel van de Nederlandse zwembaden wordt door een niet-gemeentelijke partij geëxploiteerd (80%). In deze zwembaden is de exploitatie voornamelijk in handen van een bv, nv of stichting.

Vraag 272

Hoeveel kost het om het eigen risico met € 50 omlaag te brengen ten opzichte van het huidige bedrag van € 385?

Antwoord:

Als het verplicht eigen risico van € 385 in 2025 met € 50 verlaagd zou worden naar een hoogte van € 335, dan zou dit naar verwachting circa € 800 miljoen kosten.⁵³ De opbrengst van het eigen risico gaat omlaag met circa € 400 miljoen en het remgeldeffect bedraagt naar verwachting ongeveer € 500 miljoen. Voor het remgeld wordt normaliter aangesloten bij ramingen van het CPB; het CPB zou daarom om een actuele inschatting van de remgeldeffecten gevraagd moeten worden. Voor 2026 zullen de kosten naar verwachting hoger liggen, vanwege de verwachte stijging van de zorguitgaven. Overigens vergt een verlaging van het eigen risico een

⁵² Mulier Instituut (2023), Sportaccommodaties in Nederland, <https://www.kennisbankportenbewegen.nl/?file=11553&m=1702646858&action=file.download>

⁵³ Door afronding telt de som van onderdelen niet precies op tot het genoemde totale effect.

aanpassing van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor zo'n wetswijziging is normaal gesproken minimaal 1,5 jaar nodig. Daarom is een verlaging van het eigen risico met € 50 op z'n vroegst haalbaar in 2027 en voor 2027 en verder werkt het kabinet momenteel al een verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165 uit.

Vraag 273

Hoeveel kost het om het eigen risico met € 100 omlaag te brengen ten opzichte van het huidige bedrag van € 385?

Antwoord:

Als het verplicht eigen risico van € 385 in 2025 met € 100 verlaagd zou worden naar een hoogte van € 285, dan zou dit naar verwachting circa € 1,7 miljard kosten. De eigen risico opbrengst gaat omlaag met circa € 0,8 miljard en het remgeldeffect bedraagt naar verwachting ongeveer € 0,9 miljard. Voor het remgeld wordt normaliter aangesloten bij ramingen van het CPB; het CPB zou daarom om een actuele inschatting van de remgeldeffecten gevraagd moeten worden. Voor 2026 zullen de kosten naar verwachting hoger liggen, vanwege de verwachte stijging van de zorguitgaven. Overigens vergt een verlaging van het eigen risico een aanpassing van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor zo'n wetswijziging is normaal gesproken minimaal 1,5 jaar voor nodig. Daarom is een verlaging van het eigen risico met € 50 op z'n vroegst haalbaar in 2027 en voor 2027 en verder werkt het kabinet momenteel al een verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165 uit.

Vraag 274

Welke juridische wijzigingen zijn nodig om het eigen risico inkomensafhankelijker te maken?

Antwoord:

De precieze invulling van de maatregel bepaalt welke juridische wijzigingen nodig zijn om het eigen risico inkomensafhankelijk te maken en of de maatregel juridisch haalbaar is. Een inkomensafhankelijk eigen risico vergt in ieder geval een wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verder moet de variant voldoen aan de vereisten van Solvency II. Mocht aan die eisen voldaan worden, dan lijkt een variant waarbij niet de zorgverzekeraars, maar een derde (publieke) partij, de inning van het eigen risico uitvoert juridisch gezien het meest waarschijnlijk. Een voorbeeld van zo'n derde partij is het CAK. Naast juridische aanpassingen om dit te realiseren brengt dit ook uitvoeringsconsequenties met zich mee die de nodige doorlooptijd kennen. Zie ook de uitwerking van een inkomensafhankelijk eigen risico in Zorgkeuzes in Kaart 2020 (maatregel 59).

Overigens wordt voor de volledigheid opgemerkt dat de financiering van de Zorgverzekeringswet voor een groot deel wel inkomensafhankelijk is. De uitgaven onder de Zvw worden namelijk voor ongeveer de helft betaald uit inkomensafhankelijke bijdragen van werkgevers. Het eigen risico zelf is inderdaad niet afhankelijk van het inkomen.

Vraag 275

Hoe snel zou een wijziging in de verhouding tussen het vaste en het inkomensafhankelijke deel van het eigen risico doorgevoerd kunnen zijn?

Antwoord:

De precieze invulling van de maatregel bepaalt welke juridische wijzigingen nodig zijn om het eigen risico inkomensafhankelijk te maken, in hoeverre de maatregel juridisch haalbaar is en wat het benodigde tijdspad is. Een inkomensafhankelijk eigen risico vergt in ieder geval een wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een wetswijziging neemt tenminste 1,5 jaar in beslag. Daarnaast is het nodig dat er een derde (publieke) partij, zoals het CAK, de inning van het eigen risico gaat doen. Dat zou

betekenen dat het CAK extra er nieuwe taken erbij krijgt. Dat maakt het proces complexer en brengt risico's met zich mee. Bovendien is het, gezien de veranderopgave waar het CAK momenteel voor staat, niet waarschijnlijk om een dergelijke taak binnen afzienbare termijn bij hen te beleggen. De invoering van deze maatregel zal daarom, mits juridisch haalbaar, meerdere jaren in beslag nemen en niet binnen één kabinetsperiode te realiseren zijn. Zie ook de uitwerking van een inkomensafhankelijk eigen risico in Zorgkeuzes in Kaart 2020 (maatregel 59).

Vraag 276

Hoeveel kost het om periodieke controles en het vullen van gaatjes weer in het basispakket te brengen?

Antwoord:

Het opnemen van één periodieke controle per jaar en het vullen van gaatjes in het basispakket (exclusief eigen risico) leidt tot een verschuiving van € 600 miljoen aan mondzorgkosten naar het basispakket. Dit bedrag bestaat uit maximaal € 390 miljoen mondzorgkosten voor periodieke controles (in de situatie dat alle verzekerden boven de 18 jaar een controle per jaar afnemen) en € 210 miljoen voor het vullen van gaatjes (uitgaande van gemiddeld € 70,- voor een vulling bij 20% van de verzekerden per jaar). In deze variant is het eigen risico niet van toepassing.

De uitbreiding van het basispakket waarbij ook het eigen risico van toepassing is, zorgt ervoor dat de inkomsten uit het eigen risico toenemen, omdat meer mensen uitgaven onder het eigen risico zullen gaan maken. Tegelijkertijd zal dit vermoedelijk ook gepaard gaan met een remgeldeffect van € 30 miljoen. De extra inkomsten uit het eigen risico worden geschat op € 170 miljoen. Hierdoor bedragen de netto-kosten van de maatregel in deze variant circa € 400 miljoen.

Vraag 277

Hoe wordt opvolging gegeven aan de aanbevelingen van het eindverslag «vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen»?

Antwoord:

De impact van sommige genoemde maatregelen in het eindverslag van het project «Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen» zijn groot. Met name een eventuele uitbreiding van het basispakket met mondzorg. Daarom is hierover een adviestraject uitgezet bij het Zorginstituut. Het adviestraject heeft twee fases: een eerste verkennende en een tweede inhoudelijke fase. De verkennende fase zal naar verwachting eind 2026 gereed zijn.

Parallel aan het adviestraject worden gerichtere maatregelen uitgewerkt, zoals ook genoemd in het eindverslag. Op dit moment loopt hiervoor een pilot met gemeenten, zorgverzekeraars en mondzorgverleners. Deze pilot loopt tot het voorjaar van 2025. In deze pilot wordt gekeken naar een betere inzet van gemeentelijke regelingen, zoals de gemeentepolis. Tegelijk wordt hierbij ook gekeken naar de mogelijkheden voor een landelijke regeling. Daarnaast wordt in (een deel van) deze gemeenten gewerkt aan het versterken van sociale vangnetten en er wordt gewerkt aan doelgroepgerichte voorlichting.

De Minister van VWS zal u over de uitkomsten van deze pilot uiterlijk in het voorjaar van 2025 informeren. Zij zal in deze brief ook ingaan op de aanbeveling om hernieuwde aandacht te geven aan de mondgezondheid in de publieke gezondheid.

Vraag 278

Vanaf welk jaar zou een wijziging in het basispakket doorgevoerd kunnen zijn?

Antwoord:

De omvang van het basispakket is constant in beweging, omdat het uitgangspunt is dat veldpartijen alleen effectieve zorg verlenen en vergoeden. Door dit uitgangspunt stroomt zorg automatisch in en uit het basispakket (het «open systeem»). Deze automatische in- en uitstroom van zorg is belangrijk omdat hierdoor snel nieuwe en innovatieve zorg beschikbaar is voor patiënten.

Naast de automatische in- en uitstroom worden elk jaar ook vanuit het kabinet wijzigingen in het basispakket doorgevoerd om de toegankelijkheid voor patiënten te verbeteren en de doelmatigheid van de zorg te vergroten. Het gaat dan om zorg waarvoor het «open systeem» niet geldt. Om het basispakket te kunnen wijzigen, wordt een vast proces doorlopen met een doorlooptijd van minimaal een jaar. De wijzigingen worden vastgelegd door de relevante regelgeving aan te passen. Nadat deze wijzigingen zijn afgestemd met de Tweede Kamer (middels de jaarlijkse pakketbrief die in mei/juni aan u wordt toegezonden) treden deze aanpassingen per 1 januari van het daar op volgende jaar in werking.

Vraag 279

Hoe gaat u inzetten op fijnmazig vaccineren tegen de dalende vaccinatiegraad, zonder dat er extra middelen beschikbaar komen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS is en blijft met betrokken uitvoerders werken aan het verhogen van de vaccinatiegraad. Om te beginnen zijn in de opeenvolgende vaccinatierondes voor COVID-19 ervaringen opgedaan met het meer fijnmazig vaccineren en een meer wijkgerichte aanpak. De lessen die daaruit zijn geleerd, worden door het RIVM verzameld en gedeeld met de diverse uitvoerders. Bij nieuwe vaccinatiecampagnes, zoals de aankomende implementatie van RSV-immunisatie, wordt bekeken hoe deze op een fijnmazige, toegankelijke manier, aansluitend bij de behoeften en wensen van de doelgroep, aangeboden kan worden. Dit is onderdeel van het implementatieplan voor RSV-immunisatie, waar nu aan gewerkt wordt. Voor bestaande vaccinaties zal het Ministerie van VWS betrokken uitvoerders verzoeken om, mede op basis van de opgedane ervaringen bij COVID-19-vaccinatie en RSV-immunisatie, te bekijken hoe zij binnen de bestaande middelen de uitvoering meer kunnen richten op een fijnmazige, wijkgerichte aanpak. Hierbij zal specifiek aandacht gevraagd worden om te verkennen hoe vaccinaties aangeboden kunnen worden op verschillende locaties die toegankelijk, inclusief dichtbij, zijn en hoe de aangeboden vaccinatie inclusief de communicatie hierover het beste aangesloten kan worden bij de diversiteit aan doelgroepen die een bepaalde wijk kent qua benadering, communicatie, et cetera.

Vraag 280

Met welke financiële middelen wordt de nieuwe samenhangende, effectieve preventiestrategie uitgevoerd?

Antwoord:

De samenhangende en effectieve preventiestrategie wordt uitgewerkt binnen bestaande budgettaire kaders. Tijdens de behandeling van de 1^{ste} supplettoire begroting VWS 2024 heeft de vorige Staatssecretaris van VWS aan lid Jansen (NSC) toegezegd de Kamer vóór de behandeling van de VWS begroting 2025 inzicht te verschaffen welk budget er voor preventie op de VWS-begroting staat, welke incidenteel zijn en op welke budgetten mogelijk wordt gekort als gevolg van het Hoofdlijnenakkoord. Uw Kamer zal hier voor de begrotingsbehandeling over worden geïnformeerd. Over de hoofdlijnen van de inzet van de middelen voor de samenhangende, effectieve preventiestrategie zal de Staatssecretaris Jeugd, Sport en Preventie uw Kamer in het eerste kwartaal van 2025 informeren.

Vraag 281

Hoe staan de geplande bezuinigingen op leefstijlpreventie in verhouding met het behalen van de doelen van het Nationaal Preventieakkoord?

Antwoord:

Het kabinet houdt vast aan de ambitie van een gezonde generatie in 2040 zoals dat onder meer breed is omarmd in het Nationaal Preventieakkoord. Er wordt door het kabinet een samenhangende preventiestrategie uitgewerkt. In deze strategie wordt ingegaan op de doelstellingen van het preventiebeleid en de inzet om deze te bereiken. Deze samenhangende preventiestrategie zal vormgegeven worden binnen de budgettaire kaders. Daarnaast zal er bij de uitwerking vanzelfsprekend rekening worden gehouden met doelmatigheid en doeltreffendheid, om zo kostenefficiënte maatregelen te nemen.

Vraag 282

Wat gaat u doen om het werken in de gehandicaptenzorg minder zwaar te maken?

Antwoord:

In de breedte van de gehele zorg heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het beleid om de personeelstekorten aan te pakken via drie lijnen. Ten eerste is het streven de administratietijd in 2030 te halveren, onder andere door in te zetten op AI. Ten tweede is de «juiste inzet van medewerkers» erop gericht om de beschikbare medewerkers, in samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers, zo efficiënt mogelijk in te zetten. Het gaat hierbij onder andere om arbitrage tussen zorgwetten en over verschillende vormen van innovatieve zorg. De derde lijn ziet op het «vergroten van vakmanschap en werkplezier». Voor het einde van het jaar wordt een leidraad vakmanschap en werkplezier uitgewerkt. Doel is dat mensen graag blijven werken in zorg en welzijn. Het gaat hierbij o.a. om het belang van adequaat opleiden, autonomie en vertrouwen in de medewerker, de balans tussen vast/flexibel personeel en het tegengaan van agressie.

Om het werken specifiek in de gehandicaptenzorg minder zwaar te maken vindt de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke zorg het belangrijk in te blijven zetten op het interesseren van nieuwe medewerkers voor het werken in de gehandicaptenzorg, het binden en behouden van zittende medewerkers en het nog beter benutten van aanwezige expertise. Daarnaast heeft goede inzet van zorgtechnologie de potentie om het werk in de gehandicaptenzorg te verlichten. Bijvoorbeeld door de zelfredzaamheid van mensen met een beperking te vergroten of het werk efficiënter te maken. Ook zal de intensieve aanpak om de administratieve lasten te verminderen bijdragen aan meer werkplezier voor de professional en meer tijd voor de cliënt.

Vraag 283

Gaat de bezuiniging op de gehandicaptenzorg alleen door als digitale innovatie ook daadwerkelijk ertoe leidt dat er minder kosten worden gemaakt en er minder personeel wordt ingezet?

Antwoord:

De maatregel, gebaseerd op het rapport van onderzoeksbureau SIRM «Geschat potentieel digitale zorg» (SIRM, oktober 2023), is opgenomen in het hoofdlijnenakkoord van het kabinet en zal het kabinet uitvoeren. Het kabinet ziet digitalisering als een belangrijke maatregel om het arbeidsmarkttekort in de zorg aan te pakken. Bovendien draagt digitalisering bij aan de financiële houdbaarheid van de gehandicaptenzorg. Rekening houdend met de maatregelen uit de begroting zullen de uitgaven aan gehandicaptenzorg tussen 2024 en 2029 met circa € 2 miljard toenemen van € 13,5 miljard naar € 15,5 miljard. Dat is nog exclusief de compensatie voor loon- en prijsontwikkelingen.

Vraag 284

Hoe verhoudt de voorgenomen bezuiniging op pandemische paraatheid zich tot de lessen die het kabinet heeft geleerd van de coronacrisis?

Antwoord:

In het Hoofdlijnenakkoord is een verlaging afgesproken van de intensiveringen publieke gezondheid en infectieziektebestrijding (oplopend naar structureel € 300 mln.). Deze verlaging hangt samen met het beleidsprogramma pandemische paraatheid waarin onder andere de lessen van de coronacrisis een vertaalslag krijgen. Voor 2025 is de bezuiniging beleidsmatig ingevuld. Voor 2026 en verder wordt bezien hoe de bezuiniging zich verhoudt tot bij de kabinetsbrede weerbaarheidsopgave, die de komende periode verder wordt uitgewerkt onder regie van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). Uiteraard zullen de lessen die zijn geleerd naar aanleiding van de coronacrisis hier nadrukkelijk bij worden meegenomen.

Vraag 285

Hoe gaat u ervoor zorgen dat de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) hun werk kunnen blijven doen in zowel de koude als warme fase van een toekomstige pandemie?

Antwoord:

De koude fase van een eventuele toekomstige pandemie is nu. De bezuiniging van € 300 mln. op de publieke gezondheid, die conform de budgettaire bijlage bij het Hoofdlijnenakkoord is ingeboekt in de begroting van het Ministerie van VWS op het programma Pandemische Paraatheid, kent een oplopende reeks tot 2029 en is voor 2025 beleidsmatig ingevuld. Voor de jaren daarna wordt de invulling van de bezuinigingen nog bezien. Hierdoor is de continuering van de reeds in gang gezette versterkingen uit het beleidsprogramma Pandemische Paraatheid op termijn niet langer mogelijk. Deze bezuiniging heeft uiteraard grote impact op de voortgang die we op dit onderwerp kunnen en willen maken. Dat raakt vanaf 2025 uiteraard de bescherming tegen en bestrijding van infectieziektenuitbraken, maar heeft ook bredere gevolgen voor basis noodzorg in Nederland.

In het Regeerprogramma is de kabinetsbrede inzet op het versterken van de maatschappelijke weerbaarheid opgenomen. Hier maakt de zorg een belangrijk onderdeel van uit. Dit samenhangend overheidsbreed weerbaarheidsbeleid wordt in de komende maanden verder uitgewerkt onder regie van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). In dit traject zal ook de weerbaarheidsopgave van VWS nader worden geconcretiseerd. Daarbij zullen ook de gevolgen van de bezuiniging op pandemische paraatheid, die in het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken, worden betrokken.

Vraag 286

Hoe gaat u de ambitie waarmaken om voldoende praktijkhoudende huisartsen te realiseren?

Antwoord:

Voor een gelijkwaardige toegang tot zorg, is het van belang dat mensen bij een (vaste) huisarts staan ingeschreven. Een langdurige relatie tussen zorgverleners in de huisartsenzorg en patiënten leidt onder meer tot hogere kwaliteit van zorg, minder doorverwijzingen naar specialistische zorg en minder medicatievoorschriften. Op dit moment is er echter een groep mensen die zich niet bij een (vaste) huisarts(enpraktijk in de buurt) kan inschrijven. Om te zorgen dat ook deze groep mensen zich kan inschrijven, en dat de huisartsenzorg ook in de toekomst toegankelijk

blijft, zet de Minister van VWS in op het verlagen van drempels voor startende praktijkhouders.

Momenteel zijn er meer huisartsen dan ooit, maar het aandeel praktijkhouders neemt de laatste jaren af. Veel huisartsen blijven werken als (wisselend) waarnemer. Dit verhoogt de druk op huisartsen die wel voor een vaste patiëntengroep zorgen. Daarom moet het makkelijker worden om huisartsenpraktijken over te nemen, zodat de druk op de gehele huisartsenzorg afneemt. Hierover zal de Minister van VWS afspraken maken in het aanvullende zorg- en welzijnsakkoord. Deze afspraken zullen onder meer gaan over huisvesting van huisartsenpraktijken, maar ook over rollen en verantwoordelijkheden van huisartsen, huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars in elke regio.

Vraag 287

Welke extra stappen zet u de komende tijd om de zorg voor post-covid patiënten te verbeteren?

Antwoord:

Het is van groot belang om patiënten met post-COVID zo snel mogelijk perspectief te bieden en voor hen te komen tot passende zorg. Hiervoor heeft VWS de afgelopen maanden samen met veel partijen, (patiëntenverenigingen, zorgverleners, zorgverzekeraars en andere partijen in de zorg) hard gewerkt aan de totstandkoming van gespecialiseerde post-COVID expertisecentra.

Het is daarom goed nieuws dat de NFU heeft aangegeven dat per 1 november 2024 de eerste post-COVID expertisecentra voor volwassenen openen in Maastricht UMC+, Amsterdam UMC en Erasmus MC, waarna binnen enkele maanden de overige umc's in Nederland ook de deuren openen voor post-COVID patiënten. Aan de opening van post-COVID expertisecentra voor kinderen wordt momenteel gewerkt door het UMC Utrecht, Amsterdam UMC en Maastricht UMC+.

Daarnaast financiert de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het ZonMw programma post-COVID met een budget van in totaal € 34,81 miljoen (looptijd 2023 – 2028). Het expertisenetwerk Post-COVID Netwerk Nederland, dat voortkomt uit dit programma, heeft bij de totstandkoming van de expertisecentra een verbindende rol en draagt bij aan een langetermijnvisie om de landelijke samenhang zowel op inhoud, onderzoek als in organisatie van zorg te borgen.

Ten slotte financiert de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de organisatie C-support, die patiënten met post-COVID bijstaat met advies en ondersteuning op verschillende domeinen (het medisch domein, het domein van werk en inkomen en het (psycho-)sociale domein).

Vraag 288

Op welke zorg kunnen post-covid patiënten een beroep doen, nu de multidisciplinaire paramedische herstellzorg niet meer wordt vergoed?

Antwoord:

De Minister van VWS ziet de ernst in van de gevolgen van COVID-19. Daarom is er, ondanks het negatieve standpunt van het Zorginstituut, voor multidisciplinaire paramedische herstellzorg een overgangsregeling getroffen. Deze regeling geldt voor patiënten die vóór het uitkomen van het standpunt al waren begonnen aan een behandeltermijn. Patiënten die vóór 1 juli 2024 met een eerste of tweede behandeltermijn zijn gestart, kunnen deze behandeltermijn afmaken en dit wordt vergoed vanuit de Zvw.

Voor alle andere patiënten geldt dat zij terecht kunnen in de «reguliere zorg». Zij kunnen bijvoorbeeld aanspraak maken op de afzonderlijke interventies van ergotherapie, logopedie en diëtetiek.

De multidisciplinaire richtlijn «Langdurige klachten na COVID-19» van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Longalliantie Nederland (LAN) geeft antwoord op

vragen over diagnostiek, begeleiding en behandeling van patiënten met langdurige coronaklachten en patiëntenvoorlichting. Verder kunnen patiënten terecht bij C-support voor advies en ondersteuning op verschillende domeinen, zoals het medisch domein, het domein van werk en inkomen en het (psycho-)sociale domein. Tot slot hebben het Maastricht UMC+, Amsterdam UMC en Erasmus MC bekend gemaakt per 1 november de eerste expertisecentra post COVID voor volwassenen te openen. Binnen enkele maanden zullen ook de overige UMC's in Nederland de deuren openen, waarna deze zorg zo snel mogelijk wordt verbreed naar de algemene ziekenhuizen en de eerste lijn. Straks kunnen patiënten dus ook daar terecht.

Vraag 289

Hoe bevordert u de kennis bij eerstelijnszorgverleners over passende behandelingen bij post-covid?

Antwoord:

Zoals eerder door de Minister van Medische Zorg aan uw Kamer gemeld (Kamerstukken II 2023/2024 25 295, nr. 2193), gaan de umc's een belangrijke rol spelen in de centrale coördinatie van de zorg en het ontwikkelen van nieuwe behandelmethoden voor post-COVID patiënten binnen de nieuw op te zetten expertisecentra. De umc's zijn toegerust om nieuwe ziektebeelden te onderzoeken en kunnen opgedane kennis snel delen binnen hun regionale netwerk van algemene ziekenhuizen, huisartsen en paramedici, waar een deel van de post-COVID zorg zal worden geleverd. Umc's zoeken hiervoor zo snel mogelijk samenwerking met ketenpartners uit de eerste en tweede lijn in de regio en stemmen met hen af wie welke zorg gaat leveren.

Het door ZonMw gefinancierde onderzoeks- en expertisenetwerk Post Covid Netwerk Nederland heeft daarbij een verbindende rol. Dit netwerk komt voort uit de opdracht die de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan ZonMw in juli 2023 heeft gegeven (Kamerstukken 2022/2023 25 295, nr. 2060 en Kamerstukken 2023/2024 25 295, nr. 2151) om uitvoering te geven aan het Programmavoorstel voor een expertisenetwerk en onderzoeksprogramma post-COVID. De doelstelling van dit programma is het vergroten en delen van kennis en expertise over post-COVID voor wat betreft diagnose, behandeling en het optimaliseren van zorg, zodat via deze onderzoeksinfrastructuur de beschikbare resultaten die voortkomen uit de onderzoeken gefinancierd binnen het ZonMw post-COVID onderzoeksprogramma zo snel mogelijk terecht komen bij (eerstelijns)zorgprofessionals en patiënten.

Vraag 290

Hoeveel algemene ziekenhuizen met een spoedeisende hulp (SEH) krijgen geen beschikbaarheidsbijdrage?

Antwoord:

Uit de Bereikbaarheidsanalyse SEH's 2023 door het RIVM blijkt dat van de 80 ziekenhuizen met een basis-SEH en 24/7-uurs openstelling er 29 «gevoelig» zijn voor de 45-minutennorm (peilmoment april 2023).⁵⁴

Van deze 29 gevoelige ziekenhuizen ontvangen er in 2024 27 een beschikbaarheidsbijdrage voor het 24/7 openhouden van hun SEH.⁵⁵ De ziekenhuizen die geen beschikbaarheidsbijdrage krijgen in 2024 zijn dus de 51 ziekenhuizen met een 24/7 SEH die in 2023 niet gevoelig waren voor de

⁵⁴ Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2024. Analyse gevoelige ziekenhuizen | RIVM

⁵⁵ Hoogte beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende hulp en acute verloskunde Verlening 2024 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

45-minutennorm en de 2 ziekenhuizen die geen beschikbaarheidsbijdrage hebben aangevraagd.

Vraag 291

Welke investering vraagt het jaarlijks ongeveer om spoedeisendehulp-posten van streekziekenhuizen die geen beschikbaarheidsbijdrage krijgen alsnog een beschikbaarheidsbijdrage te geven?

Antwoord:

Een antwoord op de vraag hoeveel er aan beschikbaarheidsbijdragen SEH zou worden uitgegeven als alle ziekenhuizen met een SEH een beschikbaarheidsbijdrage zouden krijgen, valt niet precies te geven. De hoogte van beschikbaarheidsbijdragen verschilt per ziekenhuis en is afhankelijk van de vergoedingen die ziekenhuizen ontvangen voor verleende zorg.

Als indicatie zou kunnen worden gebruikt dat in 2024 de gemiddelde beschikbaarheidsbijdrage SEH € 2 miljoen per ziekenhuis bedraagt, gebaseerd op de door de NZa gepubliceerde⁵⁶ verleningsbedragen 2024. Ervan uitgaande dat de 48 SEH's die thans niet gevoelig zijn eenzelfde gemiddelde beschikbaarheidsbijdrage zouden krijgen, zouden de totale kosten hiervan dan € 96 miljoen zijn. Hierbij moet worden opgemerkt dat dit een grove benadering is en dat deze berekening er geen rekening mee houdt dat de SEH's van deze ziekenhuizen nu ook al worden bekostigd via de reguliere contractering.

Vraag 292

Wanneer verwacht u de spoedzorg op een andere manier te bekostigen?

Antwoord:

In het regeerprogramma staat dat de NZa wordt gevraagd gefaseerd en zo snel mogelijk budgetbekostiging mogelijk te maken. Hierover is het Ministerie van VWS met de NZa in gesprek. In dat gesprek komt ook de vraag aan de orde op welke termijn gestart kan worden met de invoering van budgetbekostiging.

Vraag 293

Welke concrete plannen heeft u om te zorgen dat patiënten met triage in praktijk gelijkwaardigere toegang tot zorg krijgen en hoe wordt dit gemonitord?

Antwoord:

De Minister van VWS zal de komende tijd, samen met veldpartijen, bekijken hoe de triage in de medisch specialistische zorg kan worden versterkt.

De NZa verzamelt cijfers over wachttijden bij zorgaanbieders die via ZorgkaartNederland (<https://www.zorgkaartnederland.nl/wachttijden>) inzichtelijk worden gemaakt. De NZa houdt als toezichthouder zicht op de toegankelijkheid van de zorg en rapporteert hier periodiek over via de monitor Toegankelijkheid van Zorg. Zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben, de NZa ziet hier op toe.⁵⁷

Vraag 294

Zijn er gemeentelijke armoederegelingen voor zwemles die niet toereikend voor kinderen die opgroeien in armoede om hun A en B diploma te halen?

Antwoord:

⁵⁶ Hoogte beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende hulp en acute verloskunde Verlening 2024 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

⁵⁷ Terugkoppeling ZN onderzoek proactiviteit zorgverzekeraars zorgplicht msz en ggz, https://puc.overheid.nl/doc/PUC_759358_22, 12 maart 2024

In een onderzoek van het Mulier Instituut uit 2022 naar ervaringen van ouders en ondersteuning vanuit gemeenten voor het volgen van zwemles, constateren de onderzoekers dat financiële steun aanvragen ingewikkeld is en vergoeding niet altijd voldoende is om al het lesgeld te betalen. Op dit moment loopt een onderzoek naar de aanwezigheid en het gebruik van ondersteuningsregelingen voor sport op gemeenteniveau. Daarbij is ook aandacht voor ondersteuning van zwemles. Zoals eerder aangekondigd stuurt de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport dit onderzoek later dit jaar naar de Kamer.

Vraag 295

Op welke manier heeft u de motie Bikker c.s. (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 78) uitgevoerd en is er dus een post «ondersteunen en bevorderen vrijwilligerswerk» op de begroting te vinden?

Antwoord:

De motie Bikker c.s. wordt op de volgende manier uitgevoerd:

- Om de motie uit te voeren en het gewenste beleidsdoel te kunnen realiseren, is er besloten om in te zetten op zowel subsidies als opdrachten.
- Daarin is er aan de Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (NOV) subsidie verstrekt voor de periode 2023–2027 die als doel heeft vrijwilligersorganisaties beter in staat te stellen het vrijwilligerswerk te organiseren voor verschillende mensen.
- Daarnaast is er aan het Oranje Fonds een subsidie verstrekt voor de periode 2023–2027 waarbij individuele vrijwilligersorganisaties een voucher kunnen aanvragen die zij kunnen inzetten om hun organisatie te versterken. Er wordt tot nu toe veel aanspraak gedaan op deze vouchers.
- Tot slot is een deel van deze middelen beschikbaar om regeldruk te verminderen bij vrijwilligersorganisaties en filantropische instellingen.
- Deze inzet wordt bekostigd vanuit de artikelonderdelen 3.1 «opdrachten inclusiviteit» en «subsidies inclusieve samenleving» van de VWS begroting.

Vraag 296

Welke ambitie heeft u om vrijwilligerswerk en maatschappelijke initiatieven te versterken en te bevorderen? Op welke manier krijgt dit op elk ministerie vorm?

Antwoord:

Vrijwilligers zijn van onschatbare waarde. Zij dragen bij aan een weerbare samenleving en een sterke sociale samenhang. Ook maken ze mogelijk dat organisaties in de sectoren zorg en ondersteuning en sport en cultuur kunnen blijven voortbestaan. De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg is op dit moment bezig om uitwerking te geven aan de afspraken uit het regeerprogramma. Hier is in opgenomen dat het kabinet een goede en gelijkwaardige samenwerking tussen vrijwilligers, zorgmedewerkers en mantelzorgers belangrijk vindt. Het uitgangspunt hier is in ieder geval om de stijgende trend van het aantal Nederlanders dat zich vrijwillig inzet, vast te houden. Hetzelfde geldt voor het aantal maatschappelijke initiatieven en de totstandkoming van zorgzame gemeenschappen. Het Ministerie van VWS laat momenteel een verkenning uitvoeren wat de mogelijkheden zijn om tot een aanpak te komen op het gebied van vrijwillige inzet en maatschappelijk initiatief. Uw Kamer wordt hier nader over geïnformeerd.

Vraag 297

In 2025 en 2026 wordt € 30 miljoen vrijgemaakt voor het voortzetten van de aanpak Wachtlijsten GGZ. Welke concrete plannen zijn er tot dusverre bekend om de wachtlijsten op korte termijn terug te dringen? Hoeveel

extra geld wordt er vrijgemaakt om de opleidingscapaciteit voor GGZ-psychologen te vergroten?

Antwoord:

De wachttijden in de ggz zijn een groot maatschappelijk vraagstuk, waar de laatste jaren veel inzet op is gepleegd. Zo is het terugdringen van de wachttijden in de ggz één van de doelen uit het Integraal Zorgakkoord (IZA). Om dit doel te bereiken zijn in het IZA afspraken vastgelegd ten aanzien van het voorkomen van instroom in de ggz o.a. door samenwerking met huisartsen en het sociaal domein, het vergroten van behandelcapaciteit, het verbeteren van het (regionaal) inzicht in wachttijden en de inkoop van voldoende (zeer) complexe psychische zorg (cruciale ggz).

Helaas moeten we constateren dat de wachttijden in 2023 nog niet zijn afgenomen. De maatregelen vanuit het IZA hebben een lange doorlooptijd en zijn veelal nog in de opstartende fase. Daarnaast hebben we te maken met een hoger aantal verwijzingen naar de ggz (zie de Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 – Nederlandse Zorgautoriteit, overheid.nl). Voor 2025 en 2026 is daarom jaarlijks 30 miljoen euro toegevoegd aan het macrokader ggz om de wachtlijsten terug te dringen. Dit is onderdeel van een brede inzet. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie & Sport gaat de komende tijd met de sector in overleg over wat voor aanvullende maatregelen denkbaar zijn.

De impuls van 30 miljoen euro in 2025 en 2026 wordt niet besteed aan extra opleidingsplaatsen. Het financieren van opleidingsplaatsen in de ggz loopt namelijk via een premiegefinancierde beschikbaarheidsbijdrage. Bij het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen in de GGZ wordt zoveel mogelijk het advies van het Capaciteitsorgaan gevolgd.

Vraag 298

Hoeveel kost een landelijke regeling voor gratis zwemles voor het behalen van de A en B diploma voor kinderen uit huishoudens met een lager inkomen?

Antwoord:

Hoeveel een landelijke regeling voor gratis zwemles voor het behalen van de A en B diploma voor kinderen uit huishoudens met een lager inkomen kost, is zoals Minister Helder van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 27 juni van dit jaar aan de Kamer stuurde⁵⁸ niet eenduidig aan te geven, aangezien de situatie per gemeente, per gezin en zelfs per kind kan verschillen.

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport sluit zich aan bij de ruime schatting die door zijn voorganger is toegelicht, te weten: «Uitgaande van de cijfers van het Mulier Instituut zou dit betekenen dat een volledige vergoeding van zwemdiploma A voor alle 6-jarigen in armoede jaarlijks ongeveer 3,5 tot 10,5 miljoen euro zou kosten.»

Vraag 299

Wat gebeurt er met de beschikbaarheidsbijdrage die het opleidende ziekenhuis van het ministerie ontvangt?

Antwoord:

De beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen is een gemiddeld genomen kostendekkende vergoeding voor het opleiden van (medisch) specialisten. De middelen dekken bijvoorbeeld salariskosten, materiële kosten, verletkosten en het productieverlies van de opleider. Het is aan zorginstellingen om te bepalen hoe deze geldstromen binnen de instelling worden besteed.

Vraag 300

⁵⁸ Kamerstukken II 2023/24, nr. 2092

Hoeveel en welke geneesmiddelen worden in het kader van dit doelmatigheidsonderzoek van € 1,9 miljoen onderzocht?

Antwoord:

Dat is nog niet bekend. De partijen die onderdeel zijn van het Integraal Zorgakkoord bepalen met elkaar welke geneesmiddelen er onderzocht zullen worden. In de loop van volgend jaar wordt duidelijk naar welke geneesmiddelen de studies uitgevoerd zullen worden.

Vraag 301

Waarom zijn op de begroting de brede welvaartsindicatoren niet gekoppeld aan de doelen en beleidsmaatregelen, zoals de studiegroep begrotingsruimte heeft geadviseerd?

Antwoord:

De brede welvaartsindicatoren in de ontwerpbegroting zijn de kengetallen. Omdat kengetallen niet direct te koppelen zijn aan doelen en beleidsmaatregelen, is het niet mogelijk om de brede welvaartsindicatoren te koppelen aan doelen en beleidsmaatregelen zoals de Studiegroep Begrotingsruimte adviseerde.

Wel zijn er kengetallen opgenomen die een lange termijn doelstelling kennen. Zoals hoeveel mensen roken en/of overgewicht hebben. In het Nationaal Preventieakkoord zijn heldere doelen gesteld op het gebied van het terugdringen van roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Deze kengetallen zijn daarom indirect te koppelen aan beleid. Over deze kengetallen wordt gerapporteerd, maar niet gereflecteerd in de ontwerpbegroting.

Vraag 302

Kunt u in een overzicht weergeven hoe de 22 procent taakstelling op het ambtelijk apparaat per onderdeel van het departement en voor de uitvoeringsorganisaties neerslaat?

Antwoord:

In de ontwerpbegroting is de taakstelling verwerkt op artikel 10 «apparaatsuitgaven». Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van wijziging waarin budgettaire ook tot uiting zal komen hoe de apparaatstaakstelling verdeeld is.

Vraag 303

Kunt u aangeven op basis van welke criteria bepaald wordt hoe de 22 procent taakstelling op het ambtelijk apparaat wordt ingevuld?

Antwoord:

Het betreft in de eerste plaats een budgettaire taakstelling op de apparaatsuitgaven. In de begroting is deze verwerkt op artikel 10 «Apparaatsuitgaven». De inhoudelijke invulling hiervan zal voor het Kerndepartement gaan via een taakdiscussie. Voor de uitvoering moet in kaart worden gebracht hoe een opdracht zodanig kan worden aangepast dat de taakstelling wordt ingevuld. Dit moet in overleg tussen de opdrachtgever en de uitvoerder als opdrachtnemer plaatsvinden.

Vraag 304

Waarom heeft het kabinet met name het hier en nu geprioriteerd ten opzichte van de dimensies later en elders? Kan de argumentatie achter deze politieke keuze inzichtelijk gemaakt worden? Wat doet het kabinet met de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer om risico's en effecten van alle dimensies in beeld te houden, inclusief maatregelen om de eventuele risico's in te perken?

Antwoord:

VWS onderschrijft de aanbeveling van de Algemene Rekenkamer om de risico's en effecten van alle dimensies in beeld te houden. Hiermee is een start gemaakt in de begroting 2025. Zo zijn bij artikel 1 de doelstellingen

voor 2040 gepresenteerd bij de dimensie «later». Bij de andere artikelen ligt de focus met name op de dimensie «hier en nu», maar wel met het besef dat deze doelstellingen een belangrijke basis vormen voor de toekomst. Bijvoorbeeld de doelstelling om het zorgstelsel verder te optimaliseren, zodat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid wordt gewaarborgd. Deze doelstelling heeft betrekking op het hier en nu, maar zorgt er ook voor dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de toekomst wordt gewaarborgd. In de samenvatting factsheet brede welvaart 2026 zullen nog nadrukkelijker de verschillende dimensies inzichtelijk worden gemaakt.

Vraag 305

Kan worden aangegeven met welk bedrag de zorgvraag jaarlijks toeneemt en welke maatregelen de Minister hier tegenoverstelt en welke financiële opbrengst deze maatregelen hebben (zoals triage en inzet van AI)?

Antwoord:

Voor de groei van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid sluit VWS bij de start van een kabinetsperiode aan bij de ramingen van het CPB. Het CPB rekent in zijn ramingen met een groei bij ongewijzigd beleid van circa 7% bij de Wlz (ruim € 2,5 miljard per jaar) en circa 5% bij de Zvw per jaar (bijna € 3,5 miljard per jaar). Exclusief loon- en prijsstijging is de groei ongeveer 3,5% per jaar bij de Wlz en 2% bij de Zvw (in beide gevallen circa € 1,2 miljard per jaar).

In het hoofdlijnenakkoord zijn maatregelen afgesproken die de stijging van de zorguitgaven remmen. Dit betreft het verlengen van de afspraken uit het IZA akkoord (€ 250 miljoen in 2027, vervolgens € 590 miljoen); het stellen van een onafhankelijke indicatie bij ongecontracteerde wijkverpleging (€ 85 miljoen structureel vanaf 2027); en het versnellen van de digitale zorg in de wijkverpleging en de Wlz (respectievelijk € 35 en € 45 miljoen in 2027, oplopend naar structureel € 210 en € 270 miljoen). Inzet op versterking van de triage moet ertoe leiden dat de zorgvrager met de grootste urgentie als eerste van de wachtlijst wordt gehaald. Op deze wijze organiseren we een gelijkwaardigere toegang tot de zorg, waarbij je urgentie leidend wordt in plaats van dat je als patiënt je zorgen moet maken om de aanslag op je eigen risico. In het regeerprogramma is aangegeven langs welke lijnen de aanpak van personeelskrapte vorm krijgt. Met behulp van AI wordt ingezet op het halveren van de administratietijd in 2030. In het aanvullend zorg en welzijnsakkoord staan de gelijkwaardigere toegang tot zorg en welzijn en het afwenden van het arbeidstekort centraal. Dat akkoord zal de komende maanden nader vorm krijgen en zal meer duidelijk worden over de opbrengsten.

Vraag 306

Door het verlagen van het eigen risico zal de nominale premie toenemen; de Minister compenseert dit met een lastenverlichting voor burgers en werkgevers. Welke dekking kent deze lastenverlichting? Hoe zeker is het dat deze lastenverlichting kan worden doorgevoerd en hoe zeker is het dat deze lastenverlichting ook de komende jaren standhoudt?

Antwoord:

Deze lastenverlichting voor burgers en werkgevers is onderdeel van de afspraken van het hoofdlijnenakkoord en daarmee onderdeel van het lastenpad zoals verwerkt in het hoofdlijnenakkoord. In dit lastenpad is het totaal van de lastenverlichtingen en lastenverzwaringen die in het hoofdlijnenakkoord zijn afgesproken meegenomen, en hierbinnen is dus ruimte voorzien voor de compensatie voor de hogere zorgpremies. De concrete invulling van de compensatie loopt mee met het Belastingplan 2025 en kan daarmee nog dit jaar in wetgeving worden vastgelegd.

Vraag 307

Hoe gaat u de aangenomen motie Dobbe c.s. (Kamerstuk 31 765, nr. 862) met betrekking tot een Nationale Strategie Vrouwengezondheid uitvoeren?

Antwoord:

De de motie m.b.t. de uitvoering van een Nationale Strategie rondom Vrouwengezondheid zal als volgt worden vormgegeven. De inzet zal gebundeld worden op de inzet en acties die lopen binnen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op het gebied van vrouwspecifieke zorg. De collega's van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid worden gevraagd op welk beleid wordt ingezet of kan worden ingezet op het gebied van vrouwspecifieke gezondheid. Hierbij kan worden gedacht aan beleid rondom verzuim en het voorkomen van verzuim, de rol van bedrijfsartsen en bijvoorbeeld het opleiden van zorgprofessionals. Daarnaast wordt uitvoering gegeven aan de toezegging van mijn voorganger namelijk in de periode 2024–2030 wordt in totaal 15 miljoen euro vrijgemaakt voor een Kennisprogramma Vrouwspecifieke Aandoeningen bij ZonMw. Naar verwachting zal dit Kennisprogramma nog eind dit jaar van start kunnen gaan. De Tweede Kamer zal halverwege volgend jaar geïnformeerd worden over de aanpak m.b.t. de Nationale Strategie rondom Vrouwengezondheid.

Vraag 308

Waarom wordt er niet geïnvesteerd in de jeugdzorg, terwijl de noden toenemen en 1 op de 3 jongeren te maken heeft met mentale problemen? Hoe voorziet het kabinet hiermee om te gaan?

Antwoord:

Als kabinet vinden we dat de zorg aan de jeugdigen die het echt nodig hebben goed geregeld moet zijn. We hebben dan ook de korting van € 511 miljoen teruggedraaid. Daarnaast werken we samen met relevante partijen aan de uitvoering van de Hervormingsagenda Jeugd. Met de agenda zijn aanvullende middelen naar gemeenten gegaan en is een pakket aan maatregelen afgesproken om de jeugdzorg in de toekomst ook nog beschikbaar te houden voor de meest kwetsbare kinderen. Structureel hebben we de arbeidskrachten niet om de huidige jeugdzorgvraag aan te kunnen. We zetten daarom in op enerzijds zoveel mogelijk te voorkomen dat jeugdigen jeugdzorg nodig hebben (o.a. via de inzet op brede voorzieningen in het gewone leven van kinderen en jongeren) en anderzijds de zorg beter beschikbaar te maken voor hen die (specialistische) jeugdhulp echt nodig hebben.

Vanuit de afspraken in de Hervormingsagenda is het kabinet met diverse maatregelen aan de slag. In dat kader zijn twee wetsvoorstellen van belang. Het eerste wetsvoorstel gaat over de aanpassing van de Jeugdwet en ziet op de reikwijdte van de jeugdhulpplicht. Dit wetsvoorstel zal naar verwachting rond de zomer van 2025 in internetconsultatie gaan. Het tweede wetsvoorstel – dat uw Kamer dit voorjaar heeft ontvangen – gaat over de verbetering van de beschikbaarheid van de jeugdzorg en beoogt knelpunten weg te nemen bij de organisatie van de (hoog) specialistische vormen van jeugdzorg. De wetsvoorstellen versterken elkaar. Ook wordt gestart met een maatschappelijke dialoog waarbij ook wordt ingezet op het versterken van veerkracht van jongeren. Dit doen we samen met Mind Us.

Vraag 309

Hoeveel zorgmedewerkers in totaal werken op de IC's, SEH's en acute verloskunde en hoe groot is daarbij het personeelstekort?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het totaal aantal zorgmedewerkers op de IC's, SEH's en acute verloskunde en daarmee ook niet over de personeelstekorten aldaar. Zie voor de beschikbare informatie het antwoord op vraag 164.

Vraag 310

Wat zijn de geldende kwaliteits- en bezettingseisen voor IC's, SEH's en acute verloskunde en in hoeverre ziekenhuizen voldoen de ziekenhuizen hieraan?

Antwoord:

Naast de richtlijnen en protocollen die zorgverleners opstellen, maken patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over wat goede zorg is. Die worden vastgelegd in kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Alle goedgekeurde kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten komen in het Register van het Zorginstituut Nederland.⁵⁹ Voor de SEH gaat het om de Kwaliteitskader Spoedzorgketen (SEH), de Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care (IC's) en de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg ((acute) verloskunde).

Naar het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is een recente uitvraag naar de mate van implementatie bekend. Het RIVM heeft in 2024 onderzoek gedaan onder 81 ziekenhuizen met een SEH naar de implementatie van de normen uit het kwaliteitskader.⁶⁰ Hieruit blijkt dat er een groot aantal ziekenhuizen is dat één of meerdere onderdelen van het kwaliteitskader nog niet heeft geïmplementeerd. Het betreft een zelfrapportage. Alle 81 ziekenhuizen rapporteren in meer of mindere mate bezig te zijn met de implementatie van het Kwaliteitskader. De IGJ betreft de kwaliteitsstandaarden bij haar toezicht op de veiligheid en kwaliteit van de zorg.

Vraag 311

Hoe zorgt de Minister dat beschikbare capaciteit, wachtlijsten en welke patiënten op welke behandeling wachten goed inzichtelijk zijn, zeker met het zicht op de stijgende zorgvraag? En hoe wordt hierop toegezien?

Antwoord:

Zorgaanbieders leveren bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) cijfers over wachttijden van poliklinieken, diagnostiek en behandelingen aan volgens de eisen uit de Regeling Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg van de NZa (NR/REG-2421). Deze cijfers worden via ZorgkaartNederland inzichtelijk gemaakt voor patiënten en andere geïnteresseerden.

De NZa houdt als toezichthouder zicht op de toegankelijkheid van de zorg en rapporteert hier periodiek over via de monitor Toegankelijkheid van Zorg. Daarnaast moeten zorgverzekeraars ervoor zorgen dat patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben, de NZa ziet hier op toe.⁶¹

Vraag 312

Hoe zet de Minister in op betere regionale samenwerking tussen zorgaanbieders om de wachtlijsten waar mogelijk te beperken?

Antwoord:

Regionale samenwerking is een cruciaal onderdeel van de beweging die met de akkoorden als het Integraal Zorg Akkoord is ingezet en die uiteindelijk moet leiden tot het borgen van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning. Het afgelopen jaar (2023) hebben alle regio's regiobeelden en regioplannen en ROAZ-beelden en ROAZ-plannen opgeleverd. Daarin hebben regionale partijen (onder meer zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten) de prioritaire opgaven voor hun regio geformuleerd voor de aankomende jaren. Deze prioritaire opgaven zijn de grootste knelpunten in het aanbod van zorg en welzijn. In het

⁵⁹ Het overzicht van kwaliteitsstandaarden is te vinden in het Register: Kwaliteitsinstrumenten | Zorginstituut Nederland

⁶⁰ Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2024. Analyse gevoelige ziekenhuizen | RIVM

⁶¹ Terugkoppeling ZN onderzoek proactiviteit zorgverzekeraars zorgplicht msz en ggz, https://puc.overheid.nl/doc/PUC_759358_22, 12 maart 2024

regioplan hebben zij omschreven hoe zij de knelpunten gaan aanpakken, hoe ze zo ook arbeidsmarkttekorten kunnen afwenden en daarmee wachtlijsten kunnen voorkomen.

In het regeerprogramma is afgesproken dat we het bestaande IZA gaan verbreden onder andere door meer aandacht te besteden aan de koppeling tussen zorg en welzijn. Tegelijkertijd is afgesproken dat de regionale samenwerkingsverbanden zich verder moeten ontwikkelen. Het Ministerie van VWS ondersteunt deze versterking onder andere door middel van ZonMw-subsidies, het verspreiden van kennis en het onderhouden van regelmatig contact met deze samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld via het Regionetwerk VWS. Al deze maatregelen moeten ondersteunend zijn aan het (door)ontwikkelen van stevige netwerken in de regio die helpen de keten van zorg en ondersteuning zo efficiënt en effectief mogelijk te organiseren en daarmee ook onnodige wachttijden af te wenden.

Vraag 313

Het project Opgroeien in een kansrijke omgeving oftewel het IJslands model (OKO) zien we niet terug in de begroting. Hoeveel werd en wordt daarvoor uitgegeven in de jaren 2023 t/m 2028? Graag per jaar aangeven.

Antwoord:

Voor de uitvoering van het project Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO) ontvangen gemeenten van 2023 tot en met 2025 een bijdrage via de Brede SPUK-regeling sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis. Het totale budget bedraagt € 2,5 miljoen per jaar voor het onderdeel OKO en Vroegsignalering alcoholproblematiek.

Daarnaast ontvangt het Trimbos-instituut voor de periode 2022 tot en met 2025 een projectsubsidie om kennis over OKO te verzamelen, door te ontwikkelen en te verspreiden onder gemeenten en lokale samenwerkingspartners. In de jaren 2023 t/m 2025 zijn de volgende bedragen gekoppeld aan de uitvoering van OKO door het Trimbos-instituut middels deze projectsubsidie:

2023: € 1.375.000,-

2024: € 1.375.000,-

2025: € 1.375.000,-

Komend jaar wordt een besluit genomen over de ondersteuning van OKO na 2025.

Vraag 314

Wat kunnen we aan taakstelling op het ambtenarenapparaat verwachten aankomende jaren? Kan dit over de jaren 2025, 2026 en 2027 t.o.v. de jaren 2023 en 2024 inzichtelijk worden gemaakt?

Antwoord:

In het Hoofdlijnenakkoord is een generieke taanstelling opgenomen op het apparaat. Deze is budgettair verwerkt op artikel 10 «Apparaatsuitgaven». De taakstelling betreft een ombuiging ten opzichte van de meerjarig geraamde apparaatsuitgaven vanaf 2025 en niet ten opzichte van 2023 en 2024. Op dit moment wordt gewerkt aan het verder invullen van deze taakstelling. In 2025 bedraagt de taakstelling budgettair € 19 miljoen oplopend naar € 33 miljoen in 2026 en € 49 miljoen in 2027. De genoemde bedragen per jaar gaan over de totale bezuiniging in dat jaar.

Vraag 315

Er zijn meer verplichtingen (€ 5.079.188) dan uitgaven (€ 4.268.747) bij de curatieve zorg, hoe wordt dit verschil opgevangen?

Antwoord:

De reeks verplichtingen in de budgettaire tabel geeft niet aan hoeveel verplichte uitgaven er in een jaar zijn, want een verplichting hoeft niet altijd in hetzelfde jaar betaald te worden. Het kan ook gaan om meerjarige verplichtingen. Het is dus geen probleem wanneer het bedrag aan verplichtingenbudget hoger is dan de uitgaven in hetzelfde jaar. Meerjarig is de hoeveelheid verplichtingenruimte en het uitgavenbudget wel aan elkaar gelijk, dit betekent dat er na 2025 minder verplichtingenruimte dan uitgavenbudget beschikbaar is. Het verschil wordt dus opgevangen door in latere jaren minder verplichtingen aan te gaan dan er budget is.

Vraag 316

Wat is de subsidie-taakstelling voor 2025 gespecificeerd naar artikel-niveau? Kan dit in een tabel overzichtelijk gemaakt worden t.o.v. 2024? Hoe gaat dit eruitzien in 2026 en in 2027?

Antwoord:

Voor 2025 is de taakstelling van € 53 miljoen verwerkt op artikel 4 (Zorgbreed beleid) als hogere ontvangst van € 30 miljoen op arbeidsmarktbeleid en op artikel 6 (Sport en bewegen) ontvangst meerkosten energie openbare zwembaden € 23 miljoen.

De subsidietaakstelling in 2026 en verder is naar rato ingevuld op de subsidiebudgetten. Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van wijziging op de ontwerpbegroting waarin de beleidsmatige invulling aan uw Kamer wordt voorgelegd. Dit leidt mogelijk tot herschikkingen van de subsidiebudgetten. U ontvangt de nota van wijziging vóór de begrotingsbehandeling.

Vraag 317

Volgens welke criteria wordt urgentie van een zorgvraag bepaald en wie heeft deze criteria vormgegeven? Door wie wordt de urgentie bepaald?

Antwoord:

Wanneer iemand contact opneemt met de huisartsenpraktijk of huisartsenspoedpost wordt op basis van (telefonische) triage bepaald welke urgentie een zorgvraag heeft. In het geval van acute huisartsenzorg wordt daarvoor in veel gevallen de Nederlandse Triagestandaard gebruikt die door betrokken beroepsgroepen is opgesteld. Het Nederlands Huisartsen-genootschap (NHG) heeft voor de huisartsenzorg ook de op deze standaard gebaseerde «TriageWijzer» ontwikkeld.

Binnen de medisch specialistische zorg hebben medisch specialisten een belangrijke rol om te bepalen hoe urgent een ingreep voor de patiënt is en of de patiënt al dan niet voorrang dient te krijgen op de wachtlijst.

Vraag 318

Wanneer wordt bekend op welke wijze de beloofde lastenverlichting van € 2,5 miljard in 2025 en 2026 wordt ingevuld?

Antwoord:

In paragraaf 2.3.2 van de miljoenennota 2025 zijn alle koopkracht- en lastenmaatregelen voor de komende jaren opgenomen. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet besloten om vanaf 2025 een extra, verlaagd tarief in de inkomstenbelasting in te voeren. De € 2,5 miljard die beschikbaar was vanuit het hoofdlijnenakkoord voor lastenverlichting in 2025 en 2026 is volledig ingezet als dekking van het verlaagde tarief.

Vraag 319

Welke concrete plannen heeft de Minister om te zorgen dat patiënten met triage in de praktijk gelijkwaardigere toegang tot zorg krijgen en hoe wordt dit gemonitord?

Antwoord:

De Minister van VWS zal de komende tijd, samen met veldpartijen, bekijken hoe de triage in de medisch specialistische zorg kan worden versterkt.

De NZa verzamelt cijfers over wachttijden bij zorgaanbieders die via ZorgkaartNederland (<https://www.zorgkaartnederland.nl/wachttijden>) inzichtelijk worden gemaakt. De NZa houdt als toezichthouder zicht op de toegankelijkheid van de zorg en rapporteert hier periodiek over via de monitor Toegankelijkheid van Zorg. Zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat patiënten de zorg krijgen die ze nodig hebben, de NZa ziet hier op toe⁶².

Vraag 320

Hoe zet de Minister in op betere regionale samenwerking tussen zorgaanbieders om wachtlijsten waar mogelijk te beperken?

Antwoord:

Regionale samenwerking is een cruciaal onderdeel van de beweging die met de akkoorden als het Integraal Zorg Akkoord is ingezet en die uiteindelijk moet leiden tot het borgen van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning. Het afgelopen jaar (2023) hebben alle regio's regiobeelden en regioplannen en ROAZ-beelden en ROAZ-plannen opgeleverd. Daarin hebben regionale partijen (onder meer zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten) de prioritaire opgaven voor hun regio geformuleerd voor de aankomende jaren. Deze prioritaire opgaven zijn de grootste knelpunten in het aanbod van zorg en welzijn. In het regioplan hebben zij omschreven hoe zij de knelpunten gaan aanpakken, hoe ze zo ook arbeidsmarkttekorten kunnen afwenden en daarmee wachtlijsten kunnen voorkomen.

In het regeerprogramma is afgesproken dat we het bestaande IZA gaan verbreden onder andere door meer aandacht te besteden aan de koppeling tussen zorg en welzijn. Tegelijkertijd is afgesproken dat de regionale samenwerkingsverbanden zich verder moeten ontwikkelen. Het Ministerie van VWS ondersteunt deze versterking onder andere door middel van ZonMw-subsidies, het verspreiden van kennis en het onderhouden van regelmatig contact met deze samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld via het Regionetwerk VWS. Al deze maatregelen moeten ondersteunend zijn aan het (door)ontwikkelen van stevige netwerken in de regio die helpen de keten van zorg en ondersteuning zo efficiënt en effectief mogelijk te organiseren en daarmee ook onnodige wachttijden af te wenden.

Vraag 321

Hoe zet de Minister in op betere regionale samenwerking tussen zorgaanbieders om wachtlijsten waar mogelijk te beperken?

Antwoord:

Regionale samenwerking is een cruciaal onderdeel van de beweging die met de akkoorden als het Integraal Zorg Akkoord is ingezet en die uiteindelijk moet leiden tot het borgen van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg en ondersteuning. Het afgelopen jaar (2023) hebben alle regio's regiobeelden en regioplannen en ROAZ-beelden en ROAZ-plannen opgeleverd. Daarin hebben regionale partijen (onder meer zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten) de prioritaire opgaven voor hun regio geformuleerd voor de aankomende jaren. Deze prioritaire opgaven zijn de grootste knelpunten in het aanbod van zorg en welzijn. In het regioplan hebben zij omschreven hoe zij de knelpunten gaan aanpakken, hoe ze zo ook arbeidsmarkttekorten kunnen afwenden en daarmee wachtlijsten kunnen voorkomen.

⁶² Terugkoppeling ZN onderzoek proactiviteit zorgverzekeraars zorgplicht msz en ggz, https://puc.overheid.nl/doc/PUC_759358_22, 12 maart 2024

In het regeerprogramma is afgesproken dat we het bestaande IZA gaan verbreden onder andere door meer aandacht te besteden aan de koppeling tussen zorg en welzijn. Tegelijkertijd is afgesproken dat de regionale samenwerkingsverbanden zich verder moeten ontwikkelen. Het Ministerie van VWS ondersteunt deze versterking onder andere door middel van ZonMw-subsidies, het verspreiden van kennis en het onderhouden van regelmatig contact met deze samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld via het Regionetwerk VWS. Al deze maatregelen moeten ondersteunend zijn aan het (door)ontwikkelen van stevige netwerken in de regio die helpen de keten van zorg en ondersteuning zo efficiënt en effectief mogelijk te organiseren en daarmee ook onnodige wachttijden af te wenden.

Vraag 322

Is er bij de verwachte toename van het zorggebruik door het verlagen van het eigen risico onderscheid gemaakt in de inschatting van de impact op somatische zorg en mentale zorg?

Antwoord:

Voor de inschatting van de verwachte toename van het zorggebruik door het verlagen van het eigen risico wordt gebruikt gemaakt van cijfers van het CPB. Het CPB heeft voor het traject Zorgkeuzes in Kaart een model ontwikkeld waarmee een verandering in het zorggebruik kan worden ingeschat. Dit model is een microsimulatiemodel gebaseerd op individuele gegevens en zorggebruik van alle verzekerden in de Zvw over een periode van 6 jaar. Op basis van deze historische gegevens is onderzocht hoe verzekerden in het verleden hebben gereageerd op het eigen risico. Vervolgens wordt met een simulatiemodel geschat hoe mensen naar verwachting reageren op een nieuwe verandering in de eigen betalingen. Dit model is wetenschappelijk getoetst en geverifieerd. CPB heeft ook een achtergronddocument gepubliceerd met een beschrijving van het model (<https://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020#docid-160264>).

Het model van het CPB analyseert de totale zorguitgaven van verzekerden bij een verandering in het eigen risico. Daarbij wordt geen expliciete opdeling gemaakt van deze totale uitgaven naar de verschillende soorten zorg.

Vraag 323

Wat is de ziektelast van gordelroos, hoeveel mensen worden gemiddeld op jaarbasis getroffen door gordelroos en hoeveel Nederlanders hebben naar schatting gordelroos gekregen sinds publicatie van het positieve Gezondheidsraadadvies uit 2019?

Antwoord:

Precieze cijfers over het aantal mensen dat (jaarlijks) gordelroos krijgt zijn niet beschikbaar. Onderzoek uit 2021 laat zien dat jaarlijks zo'n 94.000 mensen de huisarts bezoeken vanwege gordelroos en dat gordelroos jaarlijks ongeveer 500 ziekenhuisopnames veroorzaakt. Uitgaande van deze cijfers, dan hebben sinds het GR advies uit juli 2019 ruim 490.000 mensen de huisarts bezocht vanwege gordelroos en heeft gordelroos ruim 2.600 ziekenhuisopnames veroorzaakt.

Vraag 324

Wat is er op de arbeidsmarkt van zorg en welzijn verandert sinds de intensivering zorgarbeidsmarktbeleid en de ombuiging ervan, gezien het feit dat er nog steeds een prognose ligt van een arbeidsmarkttekort van bijna 200.000 medewerkers in zorg en welzijn? Heeft er een verandering plaatsgevonden waardoor deze intensivering niet meer noodzakelijk is om het arbeidsmarkttekort in zorg en welzijn op te lossen?

Antwoord:

Welk effect de intensivering van het zorgarbeidsmarktbeleid precies op de arbeidsmarkt heeft gehad, is niet met zekerheid te zeggen omdat niet vast is te stellen hoe de zorgarbeidsmarkt zich had ontwikkeld zonder deze intensivering. Met het wegvallen van het voornoemde budget van 130 miljoen per 2026 geldt dat vanaf dat moment gebruik moet worden gemaakt van andere beleidsinstrumenten dan veelal financiële instrumenten vanuit de VWS begroting. Beleidsinhoudelijk zal ook meer dan voorheen worden ingezet op het terugdringen van regeldruk en het bevorderen van de toepassing van AI. Een en ander is nader uitgewerkt in hoofdstuk 6a van het Regeerprogramma. Verder geldt dat binnen de middelen genoemd in het onderdeel « Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt» in de begroting ook structureel budget beschikbaar is voor het opleiden in zorg en welzijn. De betreffende regelingen en bijbehorende budgetten zijn toegelicht in hoofdstuk 2, onder «Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt».

Vraag 325

Hoe wordt de ombuiging van de intensivering zorgarbeidsmarktbeleid van € 130 miljoen gecompenseerd om toch het arbeidsmarkttekort in zorg en welzijn aan te pakken?

Antwoord:

Het budget van 130 miljoen is nog beschikbaar in 2025. Om die reden kan dat budget in 2025 nog ingezet worden om een (financiële) impuls te geven in de aanpak van het arbeidsmarkttekort in zorg en welzijn. Het arbeidsmarktbeleid zal niet langer vormgegeven worden middels het programma TAZ, maar volgens de drie lijnen in het Regeerprogramma, te weten:

- Het halveren van de administratietijd in 2030;
- De juiste inzet van medewerkers;
- Het vergroten van vakmanschap en werkplezier.

Met het wegvallen van het voornoemde budget van 130 miljoen per 2026 geldt dat vanaf dat moment gebruik moet worden gemaakt van andere beleidsinstrumenten dan veelal financiële instrumenten vanuit de VWS-begroting.

Zoals toegelicht bij vraag 63 geldt dat binnen de middelen genoemd in het onderdeel «Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt» in de begroting ook structureel budget beschikbaar is voor het opleiden in zorg en welzijn.

De betreffende regelingen en bijbehorende budgetten zijn toegelicht in hoofdstuk 2, onder «Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt».

Vraag 326

In het regeerakkoord constateert het kabinet dat de verlaging van het verplicht eigen risico leidt tot een toename van de zorgvraag. Kan de Minister aangeven met welk bedrag de zorgvraag jaarlijks toeneemt en welke maatregelen de Minister hier tegenoverstelt en welke financiële opbrengst deze maatregelen hebben (zoals triage en inzet van AI)?

Antwoord:

In tabel 3 op pagina 199/200 van de ontwerpbegroting 2025 is aangegeven wat het verwachte effect op de zorgvraag is (kortom het remgeldeffect) van het bevroren en daarna verlagen van het eigen risico (incl. tranchering in de MSZ) op de zorguitgaven.

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
HLA: Huidig eigen risico bevroren in 2025 en 2026			152			
HLA: Verlaging ER per 1 januari 2027 naar € 165 en tranchering op € 50 in MSZ				2.100	2.200	2.300

Inzet op versterking van de triage moet ertoe leiden dat de zorgvrager met de grootste urgentie als eerste van de wachtlijst wordt gehaald. Op deze wijze organiseren we een gelijkwaardigere toegang tot de zorg, waarbij je urgentie leidend wordt in plaats van dat je als patiënt je zorgen moet maken om de aanslag op je eigen risico. In het regeerprogramma is aangegeven langs welke lijnen de aanpak van personeelskrapte vorm krijgt. Met behulp van AI wordt ingezet op het halveren van de administratietijd in 2030. In het aanvullend zorg en welzijnsakkoord staan de gelijkwaardigere toegang tot zorg en welzijn en het afwenden van het arbeidstekort centraal. Dat akkoord zal de komende maanden nader vorm krijgen en zal meer duidelijk worden over de opbrengsten.

Vraag 327

Er wordt geschat dat in 2033 er een tekort is van 200.000 zorgmedewerkers, kan de Minister een uitsplitsing geven van de beroepen waarin tekorten dreigen? Om het arbeidstekort op te vangen wordt meer ingezet op mantelzorg. Het zijn vooral de mensen die in de zorg werken die ook veel uren mantelzorg verlenen, hoe wordt voorkomen dat door de grotere inzet van mantelzorg de zorgmedewerkers nog minder gaan werken? Gemiddeld werken zorgmedewerkers 26 uur, wat is de inzet om zorgmedewerkers die 26 uur of minder werken, meer te laten werken?

Antwoord:

Zoals in het antwoord op vraag 163 is aangegeven heeft ABF Research eind 2023 een prognose opgesteld voor de personeelstekorten binnen zorg en welzijn (www.prognosemodelzw.nl). Volgens die prognose zou het personeelstekort in 2033 naar schatting 195 duizend personen bedragen volgens het referentiescenario en 190 duizend in het scenario Nieuw beleid. In onderstaande tabel is een uitsplitsing gemaakt naar de verschillende beroepsgroepen die binnen het prognosemodel worden onderscheiden. Voor een verdere toelichting op de prognose en de twee gehanteerde scenario's wordt u verwezen naar de brief (Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, kamerstuk 29 282, nummer 554) die de voormalig Minister voor Langdurige Zorg en Sport eind 2023 naar uw Kamer heeft gestuurd. Naar verwachting zal de Minister van VWS uw Kamer aan het einde van dit jaar een nieuwe arbeidsmarktprognose toesturen met daarin de laatste inzichten ten aanzien van de verwachte ontwikkeling van het personeelstekort.

Tabel: Verwachte arbeidsmarkttekort zorg en welzijn (exclusief kinderopvang) in 2033, referentiescenario en nieuw beleid scenario, uitgesplitst naar beroepsgroep, in aantal personen

	Referentiescenario	scenario Nieuw beleid
Zorghulp (niveau mbo 1)	100	100
Helpende zorg & welzijn (niveau mbo 2)	11.500	15.600
Verzorgende (niveau mbo 3)	41.300	36.300
Verpleegkundige (niveau mbo 4)	20.600	21.600
Pedagogisch werker (niveau mbo 3)	3.100	3.800
Pedagogisch werker (niveau mbo 4)	2.400	2.900
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau mbo 3)	5.400	4.200
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau mbo 4)	4.900	4.400
Sociaal werk (niveau mbo 4)	2.300	1.800
Doktersassistent (niveau mbo 4)	3.400	4.000
Verlos- en verpleegkundige (niveau hbo 6) ^[2]	5.800	7.900
Pedagogiek (niveau hbo 6)	2.300	2.700
Pedagogiek (niveau hbo 7)	1.000	1.100
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau hbo 6)	9.900	9.100
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau hbo 7)	1.600	1.500
Psychologie (niveau hbo 6 & 7)	0	0
Medisch specialisten	3.000	2.900

	<i>Referentiescenario</i>	<i>scenario Nieuw beleid</i>
Medisch ondersteunend personeel	3.300	3.300
Huisartsen en ondersteuners (PA/VS binnen huisartsenzorg)	2.200	2.100
GGZ beroepen Capaciteitsorgaan	10.000	9.900
Mondzorg	900	900
Sociaal geneeskundige	2.800	2.700
Gespecialiseerd verpleegkundige	6.100	6.000
Specialist ouderengeneeskunde, AVG en ondersteuners	1.500	1.500
Overige beroepen	49.300	43.300

Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn, ABF Research

Meer uren werken en contractuitbreiding is een aangelegenheid van de werkgever en de werknemer. De Minister van VWS heeft daarin een stimulerende rol, maar kan dit niet opleggen. Uit een vignettenstudie van onderzoeksbureau Berenschot (<https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2023D31177>) blijkt dat het van belang is het goede gesprek tussen leidinggevenden en werknemers over contract(uitbreiding) te voeren om daarbij per werknemer te kijken wat wel en niet mogelijk is. Hier lijkt nog veel winst te behalen: werkgevers hebben dit gesprek met 60% van de zorgmedewerkers nog niet gevoerd. Daarnaast blijkt uit deze studie dat maatregelen gericht op betere roostering en werk-privé balans effectief zijn.

Het is niet de bedoeling mantelzorgers meer in te zetten om tekorten op de arbeidsmarkt op te lossen. Het is de vraag in hoeverre mensen een zorgtaak kunnen verrichten in combinatie met een baan, maar ook in hoeverre dit mogelijk is gelet op tekorten in diverse andere sectoren (kinderopvang, onderwijs). Dit vraagstuk is geagendeerd in de Mantelzorgagenda 2023 – 2026 inclusief acties voor de korte en lange termijn. Dit kabinet hecht aan een goede samenwerking tussen zorgmedewerkers, mantelzorgers en vrijwilligers, evenals het vergemakkelijken van de combinatie van werk en mantelzorg.

Daarom werkt SZW aan het vergroten van de bekendheid van het recht op flexibel werken, wat werknemers in kunnen zetten om werk en mantelzorg te combineren. Ook wil SZW het verlofstelsel (administratief) vereenvoudigen. We voegen het kort- en langdurend zorgverlof daarom samen tot het «mantelzorgverlof».

De SER is gevraagd naar toekomstscenario's en ingrepen in het stelsel die nodig zijn voor een betere balans tussen arbeid, mantelzorg en andere informele activiteiten. Ook richt de adviesvraag zich op een meer evenwichtige verdeling van zorgtaken tussen mannen en vrouwen. Daarnaast richt het advies zich op het verbeteren van de economische zelfstandigheid en arbeidsparticipatie van vrouwen. Het SER-advies wordt in het tweede kwartaal van 2025 verwacht.

Met het koopkrachtpakket worden door het kabinet stappen gezet om werken lonender te maken, met bijvoorbeeld de verlaging van de inkomstenbelasting en vereenvoudiging van de huurtoeslag. Bij grotere stappen loopt het kabinet tegen twee dingen aan: Budgettaire beperkingen en de grenzen van het huidige belastingstelsel. Om grotere stappen te zetten moet de vormgeving van toeslagen en fiscaliteit grondig worden herzien. Het kabinet start daarom een hervormingsagenda voor het toeslagen- en belastingstelsel en diverse onderdelen van de sociale zekerheid. Met als belangrijk doel dat werk en meer uren werk moet lonen. Het kabinet stuurt daarom in het voorjaar een brief met enkele varianten en keuzeropties als start voor een open dialoog met het parlement. In de tussentijd werkt SZW verder aan het stimuleren van meer uren werken met de stelselherziening van de kinderopvangtoeslag en het groeifondsvoorstel Meeruren werkt!

Meeruren werkt! is gericht op het stimuleren van meer uren werken en gaat over de sectoren zorg, kinderopvang en (primaire) onderwijs. De aanpak is grotendeels gebaseerd op de HPP-aanpak, welke VWS de afgelopen jaren heeft gesubsidieerd, en kan een goede verdere impuls geven aan meer uren werken.

Vraag 328

Er wordt een tekort verwacht in 2033 van 200.000 medewerkers in de zorg. Kan er een specificatie worden gegeven van welke beroepsgroepen dit zijn? Wat zijn de tekorten van de beroepsgroepen in de komende 5 jaar?

Antwoord:

Een overzicht van de personeelstekorten per beroepsgroep in 2033 vindt u terug in het antwoord op vraag 327. Hieronder is ook een overzicht opgenomen van de tekorten voor de verschillende beroepsgroepen voor de komende 5 jaar. Voor de overzichtelijkheid zijn daarbij alleen de uitkomsten van het referentiescenario weergegeven. Naar verwachting zal de Minister van VWS uw Kamer aan het einde van dit jaar een nieuwe arbeidsmarktprognose toesturen met daarin de laatste inzichten ten aanzien van de verwachte ontwikkeling van het personeelstekort.

Tabel: Verwachte arbeidsmarkttekort zorg en welzijn (exclusief kinderopvang) 2025 t/m 2029, referentiescenario, uitgesplitst naar beroepsgroep, in aantal personen

	2025	2026	2027	2028	2029
Zorghulp (niveau mbo 1)	100	0	100	100	0
Helpende zorg & welzijn (niveau mbo 2)	1.800	2.600	3.600	4.600	5.700
Verzorgende (niveau mbo 3)	12.100	14.500	17.600	20.800	24.100
Verpleegkundige (niveau mbo 4)	6.900	7.900	9.400	11.000	12.500
Pedagogisch werker (niveau mbo 3)	1.100	1.200	1.400	1.600	1.800
Pedagogisch werker (niveau mbo 4)	900	900	1.100	1.200	1.400
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau mbo 3)	1.000	1.300	1.700	2.200	2.700
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau mbo 4)	1.100	1.300	1.700	2.100	2.600
Sociaal werk (niveau mbo 4)	400	500	700	900	1.100
Doktersassistent (niveau mbo 4)	600	700	1.100	1.400	1.700
Verlos- en verpleegkundige (niveau hbo 6) ¹	1.700	1.500	1.800	2.200	2.700
Pedagogiek (niveau hbo 6)	800	900	1.000	1.200	1.300
Pedagogiek (niveau hbo 7)	400	400	400	500	600
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau hbo 6)	3.100	3.500	4.200	4.900	5.700
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau hbo 7)	600	600	700	900	1.000
Psychologie (niveau hbo 6 & 7)	100	100	0	0	0
Medisch specialisten	500	700	1.000	1.300	1.600
Medisch ondersteunend personeel	1.300	1.500	1.700	1.900	2.100
Huisartsen en ondersteuners (PA/VS binnen huisartsenzorg)	800	900	1.100	1.300	1.500
GGZ beroepen Capaciteitsorgaan	5.300	5.700	6.300	6.800	7.300
Mondzorg	100	200	300	400	500
Sociaal geneeskundige	1.800	1.900	2.100	2.200	2.300
Gespecialiseerd verpleegkundige	2.600	2.800	3.200	3.600	4.000
Specialist ouderengeneeskunde, AVG en ondersteuners	600	700	800	1.000	1.100
Overige beroepen	9.300	12.000	16.300	20.900	25.400
Totaal ²	54.900	64.500	79.200	94.900	110.800

¹ Het betreft hier alleen hbo-verpleegkundigen zonder verdere specialisatie. Ramingen voor gespecialiseerd verpleegkundigen zijn gemaakt op basis van informatie van het Capaciteitsorgaan.

² Optelling wijkt af van totaal door afronding

Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn, ABF Research

Vraag 329

Kan een toelichting op worden gegeven op de passage in de memorie van toelichting «We maken de Nederlandse markt aantrekkelijker voor geneesmiddelenfabrikanten door te kijken naar onze eigen prijs- en vergoedingsinstrumenten zoals de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) maar ook het preferentiebeleid»? Betekent dit bijvoorbeeld dat de meest cruciale geneesmiddelen waarvan regelmatig tekorten zijn een hogere prijs krijgen? Hoe moeten dan de bezuiniging worden geïnterpreteerd van 165.000 die is ingeboekt

voor de aanpassing van de wet geneesmiddelenprijzen? In 2024 zijn de tarieven van veel medicijnen naar beneden bijgesteld. Hoeveel zou het kosten om de tariefsverlaging van de meest cruciale medicijnen, die vaak niet beschikbaar zijn, terug te draaien? Wat is het aantal extra ziekenhuisopnames en de extra kosten die veroorzaakt zijn doordat voorgeschreven medicijnen niet beschikbaar waren?

Antwoord:

Tekorten aan geneesmiddelen zijn een multifactorieel probleem. Er is niet zomaar één oorzaak aan te wijzen. Daarom kijkt de Minister van VWS in den breedte naar wat zij kan toeneemen om het risico op tekorten te verkleinen. Daarbij kijkt zij ook naar overheidsinstrumenten zoals de maximumprijzen in het kader van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp), de vergoedingslimieten binnen het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en het preferentiebeleid dat zorgverzekeraars voeren. Er wordt dan gekeken waar mogelijk extra financiële ruimte of zekerheid geboden kan worden voor kwetsbare producten, zodat daarmee het risico op beschikbaarheidsproblemen voor patiënten wordt verkleind. Zo heeft de Minister van VWS opnieuw een tijdelijke beleidsregel (2024) binnen de Wgp ingesteld waarmee productgroepen met een lage omzet in Nederland een opslag van 15% op de maximumprijs krijgen. Ook kunnen leveranciers bij het Ministerie van VWS een verzoek tot een hogere maximumprijs indienen wanneer de maximumprijs te laag is om het middel rendabel op de Nederlandse markt aan te blijven bieden. Zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt met leveranciers om verbeteringen door te voeren in de uitvoering van het preferentiebeleid. In de Kamerbrief «Tijdpad verbetering preferentiebeleid geneesmiddelen» heeft de Minister van VWS toegezegd om uw Kamer in het najaar van 2024 te informeren over aanvullende mogelijkheden om het preferentiebeleid van zorgverzekeraars te verbeteren⁶³. Aanvullend verkent de Minister van VWS welke maatregelen binnen het eigen instrumentarium van prijzen en vergoeding nog meer effectief kunnen zijn om de risico's op beschikbaarheidsproblemen te verkleinen.

Voor de ingeboekte besparing voor de aanpassing van de Wgp geldt het volgende. Vanaf 1 oktober 2024 wordt de Tijdelijke beleidsregel 2021 niet langer toegepast op de maximumprijzen van geneesmiddelen, maar is de Tijdelijke beleidsregel 2024 van toepassing. Dit omdat de Tijdelijke beleidsregel 2021 ook nadelen had. Het is namelijk gebleken dat de maatregel op meer geneesmiddelen van toepassing was dan op voorhand was beoogd. Hierdoor bleven de prijzen van veel geneesmiddelen onnodig hoog. Ook zorgde de maatregel voor een ongelijk speelveld tussen leveranciers van vergelijkbare geneesmiddelen. Hoewel de beleidsregel sinds de COVID-pandemie van tijdelijke aard was, is deze vijf maal verlengd. De voormalig Minister van Medische Zorg heeft na bijna vier jaar van ongewijzigde maximumprijzen besloten terug te keren naar de normale en beoogde werking van de Wgp. De verwachte structurele besparing die bij de eerste suppletoire begroting 2024 is verwerkt, bedroeg € 165,5 miljoen per jaar. Dat ging om € 85,5 miljoen op het financieel kader Apotheekzorg en om € 80 miljoen op het financieel kader Medisch Specialistische Zorg. Op basis van nadere inzichten over het effect op het financieel kader Medisch Specialistische Zorg is het bedrag voor dat financiële kader naar beneden bijgesteld naar € 21,6 miljoen. Daarmee komt de verwachte totale structurele besparing als gevolg van vervanging van de Tijdelijke beleidsregel op € 107,1 miljoen per jaar, waarvan € 85,5 miljoen op het financieel kader Apotheekzorg en € 21,6 miljoen op het financieel kader Medisch Specialistische Zorg. De Minister van VWS verwacht dat met de Tijdelijke beleidsregel 2024 en het eerder genoemde verzoek tot een hogere maximumprijs dat leveranciers

⁶³ Kamerstuk 29 477, nr. 894

kunnen doen, zo goed als mogelijk wordt voorkomen dat een verlaging van de maximumprijs leidt tot daadwerkelijke beschikbaarheidsproblemen voor patiënten.

Vraag 330

In 2024 zijn de tarieven van veel medicijnen naar beneden bijgesteld. Hoeveel zou het kosten om de tariefsverlaging van de meest cruciale medicijnen, die vaak niet beschikbaar zijn, terug te draaien? Wat is het aantal extra ziekenhuisopnames en de extra kosten die veroorzaakt zijn doordat voorgeschreven medicijnen niet beschikbaar waren?

Antwoord:

Per 1 oktober 2024 zijn de maximumprijzen voor alle geneesmiddelen voor het eerst weer gebaseerd op de actuele prijzen in de Wgp-referentielanden België, Frankrijk, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk. De afgelopen vier jaar zijn de maximumprijzen voor veel geneesmiddelen bevroren geweest als gevolg van verzachtende maatregelen. Omdat de prijzen van geneesmiddelen in de referentielanden de afgelopen jaar niet stil hebben gestaan, betekent dit dat de geleidelijke prijsdalingen van de afgelopen jaren en de impact van de wijziging van Duitsland door Noorwegen als referentieland nu in één keer worden ingehaald. Dat betekent dat de maximumprijzen voor geneesmiddelen voornamelijk zullen dalen. Voor een grote groep van geneesmiddelen die door de Tijdelijke beleidsregel 2021 überhaupt geen maximumprijs kende wordt per 1 oktober voor het eerst een maximumprijs vastgesteld. Het is op dit moment niet te berekenen wat het zou kosten om de verlaging van de maximumprijzen terug te draaien voor cruciale geneesmiddelen, omdat het op dit moment nog ontbreekt aan een definitie van cruciale geneesmiddelen. Wat wel duidelijk is, is dat met het niet verlengen van de Tijdelijke beleidsregel 2021 en het ingaan van de Tijdelijke beleidsregel 2024 een totale besparing van € 107,1 miljoen per jaar gerealiseerd wordt. Mogelijk is het op korte termijn wel mogelijk om een specifiekere doorrekening te maken op basis van de Nederlandse lijst kritieke geneesmiddelen die door het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) in samenspraak met partijen wordt opgesteld. Het is op dit moment niet bekend en niet te bepalen wat het aantal extra ziekenhuisopnames en de extra kosten zijn die veroorzaakt zijn doordat voorgeschreven medicijnen niet beschikbaar waren.

Vraag 331

Wordt het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars aangepast?

Antwoord:

Zorgverzekeraars en leveranciers zijn begin 2024 al enkele verbeteringen van het preferentiebeleid overeengekomen, waaronder dakpansgewijs contracteren om zo verschraling van de markt te voorkomen. In de Kamerbrief «Tijdpad verbetering preferentiebeleid geneesmiddelen» heeft de Minister van VWS uw Kamer toegezegd om u in het najaar van 2024 te informeren over aanvullende mogelijkheden om het preferentiebeleid van zorgverzekeraars te verbeteren. De Minister van VWS is voornemens om deze toezegging later dit kalenderjaar gestand te doen. De Minister van VWS zal daarbij ook ingaan op de verbeteropties die zijn aangedragen door uw Kamer bij motie van Jansen en Claassen (Kamerstuk 32 805, nr. 178) en bij motie van Bushoff c.s. (Kamerstuk 32 805, nr. 177), beiden ingediend op 12 juni 2024.

Vraag 332

Er zal ingezet worden op versterking van triage bij wachtlijsten, kan uitgelegd worden wat hiermee wordt bedoeld? Hoe zal dit concreet in zijn werk gaan? Op welke manier zal dit werken bij de wachtlijsten in de GGZ? Wat zal dit betekenen voor verwijzingen naar de GGZ?

Antwoord:

De Minister van VWS zal de komende tijd, samen met veldpartijen, bekijken hoe de triage in de medisch specialistische zorg kan worden versterkt.

Het versterken van triage bij wachtlijsten in de ggz ziet er anders uit. De zwaarte van een zorgvraag wordt niet in een verwijzing – en dus in het wachtproces – meegenomen. In de ggz wordt ingezet op betere triage door de uitrol van het verkennend gesprek. Voorbeeld hiervan zijn de initiatieven in Noordwest Veluwe, waar vanuit de GEM-aanpak (Ecosysteem Mentale Gezondheid) wordt gewerkt met het verkennend gesprek. In het verkennend gesprek wordt, in samenwerking met het sociaal domein, vanuit verschillende invalshoeken naar de cliënt en de hulpvraag gekeken, waardoor een cliënt sneller op de juiste plek terecht komt.

Vraag 333

Wie bepaalt welke zorgvrager de grootste urgentie heeft bij het organiseren van gelijkwaardige toegang tot zorg?

Antwoord:

De zorgprofessional waar de patiënt zich presenteert met een zorgvraag bepaalt de urgentie en medische vervolgactie op basis van triage. Meestal vindt dat plaats bij de huisarts, de huisartsenspoedpost of in geval van hoge(re) spoed op de spoedeisende hulp.

Als blijkt dat het gaat om niet-acute planbare zorg wordt gekeken waar en wanneer de patiënt het best terecht kan voor passende vervolgzorg.

Wanneer een wachtlijst van toepassing is voor bijvoorbeeld planbare medisch specialistische zorg, wordt door de betrokken zorgprofessionals (meestal de medisch specialist) bepaald of de patiënt al dan niet voorrang dient te krijgen.

Het kabinet zet in op toegang die voor iedereen, ongeacht financiële situatie, gelijkwaardig is. De zorgvraag en het professionele oordeel van de betrokken zorgverleners moeten leidend zijn bij de toegang tot zorg.

Vraag 334

Geneesmiddeltekorten zijn een belangrijk aandachtspunt en benoemd als een veelkoppig monster genoemd. Als alternatieve oplossing wordt ook het mogelijk maken van import uit het buitenland gesuggereerd. Ziet de Minister dat als een tijdelijke maatregel of als onderdeel van structureel beleid? Welke mogelijkheden worden gezien om apothekers meer ruimte te geven bij demedicalisering en begeleiding hierbij?

Antwoord:

Wanneer de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een tekortenbesluit heeft afgegeven, kan import plaatsvinden van geneesmiddelen die vergelijkbaar zijn met het geneesmiddel in tekort. Daarnaast is import momenteel al mogelijk via staand beleid en tijdens een tekort: via parallelimport kunnen geneesmiddelen te allen tijde uit andere Europese landen gehaald worden, niet alleen in tijden van tekort.

Wat betreft de laatste vraag: De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vindt het belangrijk dat er meer ruimte komt voor zorgverlening in apotheken. Begeleiding bij demedicalisering valt hieronder. Concreet helpen we zorgverleners hierbij, bijvoorbeeld met kennisdocumenten waar praktische handvatten in staan om ouderen te begeleiden in het minderen en stoppen van medicatie.

Ook overlegt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met het veld hoe we samen de eerstelijns apotheekezorg voor patiënten nog beter kunnen maken. Meer tijd voor zorg betekent ook zoeken naar ruimte daarvoor, bijvoorbeeld in andere handelingen. Het laatste kwartaal van 2024 starten gesprekken met het veld om ruimte te zoeken in de logistieke taken of in digitale zorg. Het is aan zorgverzekeraars en apothekers om voldoende afspraken te maken over zorg naast het verstrekken van het

medicijn in de contractering zodat er voldoende ruimte is om deze zorg te leveren.

Vraag 335

Door wie wordt het medisch-ethisch kader voor diagnostische AI ontwikkeld en per wanneer kan inzet hiervan verwacht worden?

Antwoord:

Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport werkt op dit moment aan een standpunt op ethiek van AI in de zorg. Daarnaast wordt momenteel in kaart gebracht welke partijen het meest geschikt zijn om een medisch-ethisch kader voor diagnostische AI te ontwikkelen. Dit kader moet breed gedragen en praktisch toepasbaar zijn. Daarom worden relevante veldpartijen en patiëntenvertegenwoordigers, zoals o.a. Patiëntenfederatie NL, betrokken bij deze ontwikkeling. Bij de uitwerking van dit kader kunnen ook de resultaten van eerder onderzoek en activiteiten van o.a. TNO, de NL AI Coalitie en het CEG meegenomen worden. Zoals eerder toegezegd zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport uw kamer nader informeren over het standpunt van AI in de zorg via een kamerbrief. Nadere uitwerking van het proces om te komen tot een medisch-ethisch kader voor diagnostische AI wordt ook in deze brief toegelicht.

Vraag 336

Welke concrete maatregelen worden er genomen om de privacy en gegevensbeveiliging te waarborgen in het kader van databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling?

Antwoord:

Zorgaanbieders zijn primair zelf verantwoordelijk voor het op orde hebben van informatiebeveiliging binnen de organisatie. VWS ondersteunt het veld hierin op verschillende manieren. Bewustwording van risico's en het belang van zorgvuldig handelen door eigen medewerkers is essentieel voor goede informatieveiligheid, ook in de zorg. Daarom wordt ten eerste ingezet op het stimuleren van informatieveilig gedrag van zorgprofessionals. Daarvoor is in 2019 het project informatieveilig gedrag gestart. Via dit project wordt gewerkt aan een gestructureerde methode voor gedragsverandering op het gebied van informatieveiligheid, toegespitst op de Nederlandse zorgsector.

Daarnaast wordt er samen met het zorgveld voor gezorgd dat we de NEN-normen voor informatiebeveiliging blijven ontwikkelen, en deze normen worden actief actief onder de aandacht bij zorgaanbieders gebracht. Zo is een opdracht gegeven aan de NEN in 2022 om een herziening van de NEN-7510 te coördineren. De definitieve herziening zal naar alle waarschijnlijkheid eind dit jaar worden gepubliceerd.

Ook worden implementatietools ontwikkeld. De implementatietools hebben als doel gebruikers (zorgorganisaties en andere beheerders van persoonlijke gezondheidsinformatie) van NEN 7510 te ondersteunen in het proces van implementatie van NEN 7510. De implementatiehandvatten zullen kosteloos ter beschikking worden gesteld en in 2025 worden geïntroduceerd.

Tot slot stimuleert VWS op basis van een risicogebaseerde aansluitstrategie dat steeds meer zorgaanbieders lid worden van expertisecentrum Z-CERT, het computer emergency respons team voor de zorg. Op dit moment zijn ruim 300 instellingen uit verschillende sub-sectoren aangesloten bij Z-CERT. VWS blijft zich inzetten om de dienstverlening van Z-CERT zo breed mogelijk beschikbaar te stellen binnen de gehele zorgsector. Naast gegevensbeveiliging moet ook een goede balans worden gewaarborgd tussen databeschikbaarheid en belangen als toegang tot de zorg, privacy en zeggenschap van burger. De Minister van VWS is op dit moment daarom aan het inventariseren wat de mogelijkheden zijn voor een opt-out bij primair gebruik van gegevens (gegevensuitwisseling tussen zorgverleners) in het kader van de EHDS verordening.

In de antwoorden bij vragen 344, 345, 352, 390 en 395 wordt hier verder op ingegaan.

Vraag 337

Welke beleidsinitiatieven zal het kabinet inzetten om te stimuleren dat zorgmedewerkers de juiste digitale vaardigheden hebben?

Antwoord:

Het kabinet stimuleert op verschillende manieren dat medewerkers in zorg en welzijn de juiste vaardigheden hebben voor het werk met digitale toepassingen. In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat digitale vaardigheden per 2025 een integraal onderdeel van het onderwijs en het leven lang ontwikkelen vormen. De Minister van VWS financiert samen met zorgbranches de succesvolle Coalitie Digivaardig in de zorg en is voornemens deze steun ook na 2025 voor te zetten.

Deze coalitie zorgt voor meer bewustzijn voor de noodzaak van digitale vaardigheden en helpt de juiste randvoorwaarden te creëren, onder andere door het organiseren van workshops, het ontwikkelen van leer materiaal en het ontwikkelen van functieprofielen. Het communicatieplatform Zorg van Nu, een initiatief van het Ministerie van VWS, biedt kosteloos een e-learning over zorgtechnologie voor (toekomstige)zorgverleners. Zesendertig onderwijs- en zorginstellingen hebben deze e-learning gekoppeld aan hun scholingsaanbod. Via de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en zorg (STOZ) kunnen organisaties medewerkers helpen en trainen bij het implementeren van digitale en hybride processen in hun eigen organisatie en het versterken van de benodigde vaardigheden voor het gebruik. De STOZ wordt ook in 2025 opengesteld voor subsidieaanvragen.

Vraag 338

Bent u bekend met het rapport van de RVS «Is dit wel verantwoord?» waarin adviezen worden gegeven om administratielasten te verminderen? Kunt u per advies aangeven op welke manier de adviezen worden uitgevoerd en hoe het ministerie daar toezicht op houdt? Op welke manier worden de speciale gezanten ingezet om de registratielast te verminderen en welke doorzettingsmacht hebben zij zoals in het rapport staat aangegeven? De vorige regering had voor 2025 € 171 miljoen begroot voor standaardisatie van gegevensuitwisseling en dit liep op naar € 285 miljoen, waar zijn deze uitgaven terug te vinden in de begroting 2025?

Antwoord:

Ja hier is de Minister van VWS bekend mee. Er wordt op verschillende manieren uitvoering gegeven aan de adviezen in de routekaart van het rapport middels de volgende onderdelen:

- er is een Regiegroep opgericht met de partijen van het IZA die de rol van transitieteam vervult. Samen met de Regiegroep zullen we verdere uitvoering geven aan de routekaart. De stappen daartoe landen in de werkagenda.
- door twee speciaal gezanten aan te wijzen die de Regiegroep voorzitten en aanjagen, en VWS adviseren.
- doordat het Bestuurlijk Overleg Integraal Zorgakkoord (BO IZA) dient als opdrachtgever van de Regiegroep ligt hier de doorzettingsmacht. Het plan van aanpak en de werkagenda zoals opgesteld door de Regiegroep en de gezanten is vastgesteld door het BO IZA.
- door de bestuursraad van het Ministerie van VWS is regeldruk binnen het ministerie tot topprioriteit gemaakt. De directeur-generaal curatieve zorg is binnen de bestuursraad portefeuillehouder.

De reeks die in de 1^e suppletioire begroting 2024 is gepresenteerd geeft de beschikbare middelen op de aanvullende post bij het Ministerie van Financiën weer voor de Standaardisatie Gegevensuitwisseling. Bij de

augustusbesluitvorming 2024 is van de beschikbare € 969 miljoen op de aanvullende post bij het Ministerie van Financiën € 403 miljoen overgeheveld naar de VWS-begroting. Deze middelen zijn onderdeel van «Informatiebeleid» (artikel 4.30). Na overheveling resteert nog € 566 miljoen op de aanvullende post bij het Ministerie van Financiering voor de jaren 2025 t/m 2028.

Vraag 339

Welke partijen worden betrokken bij het ontwikkelen van het medisch-ethisch kader voor diagnostische AI?

Antwoord:

Op dit moment wordt in kaart gebracht welke partijen het meest geschikt zijn om het medisch-ethisch kader voor diagnostische AI te ontwikkelen. Het medisch-ethisch kader moet breed gedragen en praktisch toepasbaar zijn. Daarom worden relevante veldpartijen en patiëntenvertegenwoordigers, zoals o.a. Patiëntenfederatie NL, betrokken bij deze ontwikkeling. Bij de uitwerking van dit kader kunnen ook de resultaten van eerder onderzoek en activiteiten van o.a. TNO, de NL AI Coalitie en het CEG meegenomen worden. Zoals eerder toegezegd zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport uw kamer nader over informeren over haar standpunt van AI in de zorg via een kamerbrief. Nadere uitwerking van de werkwijze om te komen tot een medisch-ethisch kader voor diagnostische AI en betrokken partijen worden ook in deze brief toegelicht.

Vraag 340

Hoe wordt erop toegezien dat de vermindering van administratie niet ten koste gaat van het zicht op de kwaliteit van zorg? Worden patiëntvertegenwoordigers ook betrokken bij het opstellen van de werkagenda en zo ja, hoe? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Het is belangrijk dat iedereen die dat nodig heeft goede zorg krijgt. Daarom mag het verminderen van de administratie niet ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Indien overwogen wordt om administratie te schrappen, moet daarom de kwaliteitsinformatie die de registratie oplevert meegewogen worden. De Minister verwacht dat ook niet omdat de vermindering van de administratie juist meer tijd geeft aan de zorgprofessional. Verder zijn in de Regiegroep die de werkagenda opstelt alle relevante partijen inclusief de toezichthouders vertegenwoordigd. Ten aanzien van het tweede deel van de vraag onderkent de Minister dat het belangrijk is dat patiëntvertegenwoordigers betrokken zijn. De Patiëntenfederatie is lid van de Regiegroep Aanpak Regeldruk die de werkagenda opstelt.

Vraag 341

Wat is er naast de loonsverhogingen uit het verleden, gedaan om personeel te behouden voor de zorg?

Antwoord:

Sinds september 2022 is via het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) samen met partijen in de sector gewerkt aan de transitie naar een toekomstbestendige arbeidsmarkt. Deze transitie is nodig om ook in de toekomst betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg en ondersteuning te kunnen waarborgen voor eenieder die dat nodig heeft. Daarnaast wordt u verwezen naar de diverse voortgangsrapportages die aan uw Kamer zijn aangeboden. Daarin is uitgebreid beschreven welke mijlpalen zijn behaald. Een laatste voortgangsrapportage dateert van 31 mei 2024.⁶⁴

Vraag 342

⁶⁴ Kamerstukken II, 2023–24, 29 282, nummer 576.

Zijn er werkgevers in de zorg die hun personeel op andere manieren waarderen, bijvoorbeeld met beloningen voor extra diensten en zo ja, welk effect heeft dit?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft geen inzicht op welke manieren werkgevers in de zorg hun medewerkers «op andere manieren waarderen». Dat betreft het personeelsbeleid van individuele werkgevers. Over de beloning voor extra diensten zijn in de meeste cao's die van toepassing zijn binnen zorg en welzijn afspraken gemaakt. Het gaat dan bijvoorbeeld om een extra vergoeding boven op het reguliere uurloon. Welk effect dit precies heeft, is niet bij het Ministerie van VWS bekend.

Vraag 343

Hoe worden patiëntvertegenwoordigers betrokken bij het ontwikkelen van het medisch-ethisch kader voor Diagnostische AI?

Antwoord:

Op dit moment wordt in kaart gebracht welke partijen het meest geschikt zijn om het medisch-ethisch kader voor diagnostische AI te ontwikkelen. Het is inderdaad van belang dat het medisch-ethisch kader onder patiënten breed gedragen wordt. Daarom worden partijen voor patiëntvertegenwoordiging, zoals o.a. Patiëntenfederatie NL, samen met andere relevante veldpartijen betrokken bij deze ontwikkeling. Zoals eerder toegezegd zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport uw kamer nader over informeren over haar standpunt van AI in de zorg via een kamerbrief. Nadere uitwerking van de werkwijze om te komen tot een medisch-ethisch kader voor diagnostische AI en betrokken partijen worden ook in deze brief toegelicht.

Vraag 344

Hoe worden burgers geïnformeerd over de opt-out voor gegevensuitwisseling?

Antwoord:

De burger wordt op dit moment nog niet geïnformeerd over een opt-out voor gegevensuitwisseling. Er is nog veelal toestemming nodig voor gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en is er geen sprake van een opt-out. De European Health Data Space (EHDS) gaat daar voor een aantal prioritaire gegevenscategorieën verandering in brengen. De EHDS biedt de lidstaten de mogelijkheid om voor de primaire verwerking van de genoemde gegevenscategorieën een opt-out nationaal in te regelen. De verwachting is dat de EHDS begin 2025 door het Europees Parlement en de Raad wordt bekrachtigd. De Minister van VWS is op dit moment de mogelijkheden aan het inventariseren voor een opt-out bij primair gebruik. Daarbij wordt uiteraard rekening gehouden met de gewenste privacy, de (technische) uitvoerbaarheid en het doenvermogen van burgers. Na bekrachtiging van de EHDS, zal de Minister van VWS uw Kamer daar verder over informeren. Wanneer de uitvoering van de EHDS verder gevorderd is, zullen burgers daar uiteraard ook over worden geïnformeerd.

Vraag 345

Bevat de opt-out mogelijkheden voor specifiekere toestemming over welke gegevens, met wie en met doel (primair en secundair gebruik) gedeeld mogen worden?

Antwoord:

Op dit moment is er nog veelal toestemming nodig voor gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en is er geen sprake van een opt-out. De EHDS gaat voor een aantal prioritaire gegevenscategorieën verandering brengen. De EHDS biedt de lidstaten de mogelijkheid om voor de primaire verwerking van de genoemde gegevenscategorieën een opt-out nationaal

in te regelen. Bovendien geeft de EHDS burgers ook het recht om de toegang tot die gegevens in te perken.

De verwachting is dat de EHDS begin 2025 wordt bekrachtigd. De Minister van VWS is op dit moment de opt-out voor primair gebruik aan het uitwerken. Bij de uitwerking wordt ook bekeken hoe specifiek zeggenschap kan of moet worden uitgeoefend. Daarbij wordt uiteraard rekening gehouden met de gewenste privacy, de (technische) uitvoerbaarheid en het doenvermogen van burgers. Nadat de EHDS bekrachtigd is, zal de Minister van VWS uw Kamer hierover nader informeren.

Daarnaast wordt gewerkt aan een beleidsstandpunt over zeggenschap van burgers bij het gebruik van gezondheidsgegevens voor secundair gebruik (onderzoek, beleid en innovatie). Daarbij wordt ook bekeken of verschillende vormen van zeggenschap nodig en mogelijk zijn. Dit is afhankelijk van de aard van de gegevens of het doel waarvoor de gegevens verwerkt worden. Hoe een burger precies geïnformeerd gaat worden over diens zeggenschap hangt nauw samen met het op te stellen beleidsstandpunt. Bij het vormen van het beleidsstandpunt moet ook rekening worden gehouden met de EHDS. Die verordening regelt dat burgers een opt-out moeten kunnen inzetten waarmee gegevens over hen niet meer beschikbaar zijn voor secundair gebruik. Lidstaten moeten dat nationaal inrichten.

Vraag 346

Hoe borgt de Minister dat vermindering van administratie niet ten koste gaat van het zicht op de kwaliteit van zorg?

Antwoord:

Het is belangrijk dat iedereen die dat nodig heeft goede zorg krijgt. Daarom mag het verminderen van de administratie niet ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Indien overwogen wordt om administratie te schrappen, moet daarom de kwaliteitsinformatie die de registratie oplevert meegewogen worden. De Minister verwacht ook niet dat de vermindering van de administratie ten koste gaat van de kwaliteit omdat het juist meer tijd geeft aan de zorgprofessional. Verder zijn in de Regiegroep die de werkagenda opstelt alle relevante partijen inclusief de toezichthouders vertegenwoordigd.

Vraag 347

Hoe worden patiëntvertegenwoordigers betrokken bij het opstellen van de werkagenda?

Antwoord:

De Minister van VWS onderkent dat het belangrijk is dat patiëntvertegenwoordigers betrokken zijn. De Patiëntenfederatie is lid van de Regiegroep Aanpak Regeldruk die de werkagenda opstelt.

Vraag 348

Hoe wordt gezorgd dat patiënten de juiste vaardigheden hebben of ondersteund worden om online informatie aan te leveren ter voorbereiding van het consult?

Antwoord:

Het is belangrijk dat mensen mee kunnen (blijven) doen aan de digitale maatschappij, waaronder ook het gebruiken van digitale zorg en welzijn. Een voorbeeld hiervan is dat aan patiënten gevraagd wordt om informatie voor hun consult digitaal aan te leveren. Ondersteuning voor mensen die dit lastig vinden is een belangrijke randvoorwaarde hiervoor. Daarom wordt er nationaal en lokaal ingezet op het verbeteren van ondersteuningsaanbod voor gebruikers van digitale zorg en welzijn. Samen met o.a. het Ministerie van BZK is de Alliantie Digitaal Samenleven opgericht. Hieruit is de DigiHulplijn voortgekomen. Deze hulplijn is beschikbaar voor iedereen met vragen over digitale apparaten, internet of online diensten, zoals inloggen met DigiD. Voor hulpvragen specifiek rondom digitale zorg

kunnen mensen bij de Helpdesk Digitale Zorg terecht. Lokaal kunnen mensen voor ondersteuning en cursussen bij bibliotheken terecht. Bibliotheken voeren ook de Informatiepunten Digitale Overheid (IDO's) uit. Verspreid over Nederland zijn er meer dan 700 IDO's, veelal gevestigd in bibliotheken maar ook bijvoorbeeld in ziekenhuizen en buurthuizen. Hier kunnen mensen terecht voor hulp bij digitale overheidsdiensten zoals inloggen met DigiD, wat vaak is gekoppeld aan digitale zorg.

Vraag 349

Wat wordt er gedaan aan het vergroten van vertrouwen in zorgmedewerkers zodat hier ook de administratietijd door afneemt en er niet alleen op AI wordt gefocust?

Antwoord:

Bij alle plannen die worden binnen de werkagenda van de Regiegroep Aanpak Regeldruk wordt uitgegaan van vertrouwen in de professionaliteit van de zorgmedewerkers. Dit gaat over de invloed die zij kunnen uitoefenen op hun werk en het organiseren ervan. Dit vraagt om een veranderopgave waarbij het bieden van ruimte voor professionaliteit een voorwaarde is om te komen tot administratieverlichting. In deze sectoroverstijgende aanpak gaan zorgprofessionals en zorgbestuurders aan de slag met het verminderen van regeldruk. In lerende netwerken wordt in de eigen regionale context kennis en ervaring gedeeld. Dit gebeurt in samenwerking met V&VN om het werknemersperspectief goed mee te nemen.

Het kabinet heeft hiermee als hoofddoel dat mensen graag blijven werken in zorg en welzijn. Met deze aanpak zetten we in op meer autonomie en vertrouwen om zo het werken in zorg en welzijn aantrekkelijker te maken.

Vraag 350

Met hoeveel procent wil de Minister de administratietijd verlagen in de jaren 2025, 2026, 2027 en 2028 gegeven de ambitie om de administratietijd in 2030 te halveren? Hoe ziet het tijdspad naar 2030 eruit?

Antwoord:

De Minister wil eind 2025 2 uur gerealiseerd hebben zoals afgesproken in het IZA, oplopend tot een halvering in 2030. De Minister ziet daar veel kansen voor, bijvoorbeeld met de inzet van AI en het vereenvoudigen van wetten. Ook gaat het Ministerie van VWS hand in eigen boezem steken en nieuwe regels vanuit VWS zoveel mogelijk beperken. Hier is de hulp van uw Kamer bij nodig om niet bij ieder incident een nieuwe regel te maken en uit te gaan van vertrouwen in de zorgprofessional.

Daarnaast is het doel om de ervaren regeldruk omlaag te brengen en het werkplezier omhoog, zodat deze tijd weer aan zorg besteed kan worden. Het gaat erom dat de concrete resultaten merkbaar zijn.

Vraag 351

Aan welk tijdspad moet gedacht worden wanneer gesproken wordt over het versneld verbeteren van databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling?

Antwoord:

De urgentie om gegevensuitwisselingen te realiseren is heel groot. De administratieve lasten in de zorg moeten omlaag en de kwaliteit van zorg omhoog, door tijdige en juiste beschikbaarheid van gegevens.

Voor de lange termijn wordt toegewerkt naar databeschikbaarheid over alle domeinen heen in 2035.⁶⁵

Voor de korte termijn werkt de Minister van VWS nauw samen met alle zorgpartijen om de gegevensuitwisselingen op de Meerjarenagenda

⁶⁵ «Nationale visie en strategie- gezondheidsinformatiestelsel», bijlage bij Kamerstukken II 2022/23, 27 529, nr. 292.

(MJA) van de Wegiz gerealiseerd te krijgen. De eerste gegevensuitwisseling, aanwijzen van het versturen van een recept door huisarts aan terhandsteller als aangewezen gegevensuitwisseling en beschikbaar stellen voor een persoonlijke gezondheidsomgeving van de MJA Wegiz is vorig jaar in werking getreden. Het tijdspad waarlangs de volgende gegevensuitwisselingen worden gepubliceerd, is naar verwachting van 2025 tot 2028. Ondertussen wordt in het veld al gewerkt aan de implementatie van de Basisgegevensset Zorg, eOverdracht, Medicatieoverdracht en Acute Zorg.

Daarnaast besteedt de Minister nu extra aandacht aan de uitwerking van randvoorwaarden. Daarbij wordt rekening gehouden met betere toegankelijkheid voor de patiënt tot de eigen gezondheidsgegevens. Door volop regie te pakken stuurt de Minister op resultaten die de nodige versnelling moeten geven en knelpunten wegnemen in ons gezondheidsinformatiestelsel om bij te dragen aan toekomstbestendige zorg.

De Minister van VWS zal uw Kamer in separate brieven uitgebreider informeren over de voortgang met de MJA Wegiz, de Nationale Visie en Strategie, Landelijk Dekkend Netwerk en Persoonlijke gezondheidsomgeving. Recentelijk heeft uw Kamer de brief over eenheid van Taal ontvangen.⁶⁶

Vraag 352

Wanneer wordt het voorstel tot wijziging van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg en aanpassingen in andere relevante wet- en regelgeving met betrekking tot de opt-out naar de Kamer verzonden?

Antwoord:

Op dit moment is er nog veelal toestemming nodig voor gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Op grond van de European Health Data Space (EHDS) gaat daar voor een aantal prioritaire gegevenscategorieën verandering in brengen. De EHDS biedt de lidstaten de mogelijkheid om voor de primaire verwerking van de genoemde gegevenscategorieën een opt-out nationaal in te regelen. Bovendien geeft de EHDS burgers ook het recht om de toegang tot die gegevens in te perken.

De Minister van VWS is op dit moment de opt-out voor primair gebruik aan het uitwerken. Daarbij wordt ook bekeken binnen welk wetgevingskader de opt-out zal worden geborgd. De Minister van VWS zal uw Kamer na ondertekening en bekrachtiging van de EHDS door het Europees Parlement en de Raad (naar verwachting begin 2025) nader informeren over de uitvoering van de EHDS. Hierbij zal ook worden ingegaan op de transitietermijnen waarbinnen lidstaten de EHDS moeten uitvoeren.

Vraag 353

Welke maatregelen neemt u om ervoor te zorgen dat vermindering van administratieve lasten niet ten koste gaat van het zicht op de kwaliteit van zorg?

Antwoord:

Het is belangrijk dat iedereen die dat nodig heeft goede zorg krijgt. Daarom mag het verminderen van de administratie niet ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Indien overwogen wordt om administratie te schrappen, moet daarom de kwaliteitsinformatie die de registratie oplevert meegewogen worden. De Minister verwacht dat ook niet omdat de vermindering van de administratie juist meer tijd geeft aan de zorgprofessional. Bij het bepalen van welke administratie er wordt verminderd zal rekening worden gehouden met meer en minder relevante administratie. Verder zijn in de Regiegroep die de werkagenda opstelt alle relevante partijen inclusief de toezichthouders vertegenwoordigd.

Vraag 354

⁶⁶ Kamerstukken II 2023/24, 27 529, nr. 321

Volgens welke criteria wordt bepaald welke zorg effectief is?

Antwoord:

Effectiviteit van zorg wordt getoetst aan het wettelijk criterium «de stand van de wetenschap en praktijk». Voor de toetsing van zorg op dit criterium heeft het Zorginstituut een beoordelingskader opgesteld⁶⁷.

Het is in de eerste plaats aan het veld om te bepalen of zorg effectief is. Op deze wijze kan nieuwe en innovatieve effectieve zorg snel in het basispakket komen (het «open systeem») en wordt ineffektieve zorg niet meer verleend. Bepalend is of de betrokken beroepsgroep de zorg tot de aanvaarde behandelwijze rekent.

Soms speelt het Zorginstituut een rol bij de bepaling of zorg effectief is. Bijvoorbeeld omdat er bij de veldpartijen onduidelijkheid is over de effectiviteit.

Voor zorg die valt onder het «gesloten systeem» moet er altijd een expliciete toetsing van het Zorginstituut plaatsvinden voordat het vergoed kan worden, zoals bij fysiotherapie of bij geneesmiddelen die op recept van een arts verkrijgbaar zijn bij de apotheek.

Naast het wettelijk criterium «de stand van de wetenschap en praktijk» hanteert het Zorginstituut ook de criteria kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid⁶⁸. Op basis van voornoemde criteria kan het Zorginstituut adviseren om bepaalde zorg wel of niet te vergoeden.

Vraag 355

In 2025 en 2026 vindt een nadere in te vullen lastenverlichting van € 2,5 miljard plaats, wat zijn die lastenverlichtingen?

Antwoord:

In paragraaf 2.3.2 van de miljoenennota 2025 zijn alle koopkracht- en lastenmaatregelen voor de komende jaren opgenomen. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet besloten om vanaf 2025 een extra, verlaagd tarief in de inkomstenbelasting in te voeren. De € 2,5 miljard die beschikbaar was vanuit het hoofdlijnenakkoord voor lastenverlichting in 2025 en 2026 is volledig ingezet voor deze verlaging.

Vraag 356

Hoe gaat u bewerkstelligen dat in de toekomst de budgetten voor passende zorg wel worden benut?

Antwoord:

De budgetten beschikbaar voor passende zorg worden voornamelijk ingezet voor twee doeleinden die bijdragen aan passende zorg voor de patiënt. Voor de beide doeleinden worden verschillende stappen gezet om de budgetten spoedig te benutten.

Het eerste doel is het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek dat bijdraagt aan kennis over de pakketwaardigheid van bestaande zorg over de gehele breedte van de Zvw. Onderdeel hiervan is ook het doorontwikkelen van de onderzoeksinfrastructuur in de diverse sectoren binnen de Zvw. De Minister van VWS heeft ZonMw opdracht gegeven een programmavoorstel te maken om dit wetenschappelijk onderzoek mogelijk te maken. De Minister van VWS verwacht dit programmavoorstel later dit najaar te ontvangen opdat het programma eind dit jaar van start kan gaan.

Het tweede doel betreft de implementatie van kennis over effectieve zorg. Hiervoor zijn afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord. In de afgelopen tijd zijn voorbereidende stappen gezet met de belangrijkste stakeholders om afspraken verder te concretiseren en de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk te benutten. Dit heeft meer tijd gekost

⁶⁷ Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023 | Publicatie | Zorginstituut Nederland.

⁶⁸ Voor de toepassing van de pakketcriteria, zie: Rapport - Pakketbeheer in de praktijk 4 | Rapport | Zorginstituut Nederland.

dan op voorhand voorzien. De Minister van VWS verwacht begin 2025 tot afronding van deze afspraken te komen.

Vraag 357

Het kabinet voert een arbitrage tussen zorgwetten in, waarbij de minste inzet van medewerkers uitgangspunt wordt. Kan een nadere toelichting worden gegeven op de invoering van arbitrage en hoe dit dan werkt?

Antwoord:

In sommige gevallen worden zorgprofessionals ingezet, terwijl dit niet altijd noodzakelijk is, omdat dit voorkomen kan worden door bijvoorbeeld een hulpmiddel in te zetten. Hierin kan de afstemming tussen zorgwetten worden verbeterd, zodat zorgprofessionals zo optimaal mogelijk worden ingezet. De komende tijd wordt onderzocht welke vorm van arbitrage het meest passend is en op welke wijze dit ingevoerd kan worden.

Vraag 358

Hoe gaat de Minister voorkomen dat de mantelzorg de plaatsvervanger wordt van medewerkers in de zorg?

Antwoord:

Een goede en gelijkwaardige samenwerking tussen zorgmedewerkers, mantelzorgers en vrijwilligers is belangrijk. Een mantelzorger weet immers vaak het beste hoe een naaste zich voelt en wel of juist niet nodig heeft. Door samen te werken kunnen mantelzorgers en zorgmedewerkers elkaar versterken, zonder dat zij elkaars rol en taken overnemen. Gelijkwaardigheid betekent daarbij ook dat er in de samenwerking oog is voor de draagkracht en draaglast van de mantelzorger. Met de Mantelzorgagenda⁶⁹, en in de uitwerking van het Regeerprogramma, zet de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg in op het versterken van de samenwerking tussen formele en informele zorg. Initiatieven als de Nationale Zorgklas en mantelzorgacademies zorgen ervoor dat zowel mantelzorgers als zorgmedewerkers beter toegerust worden om, met oog voor ieders grenzen en mogelijkheden, op gelijkwaardige wijze samen te werken.

Vraag 359

Op welke wijze gaat de Minister ook de administratieve lasten voor de mantelzorg aanpakken?

Antwoord:

Het is onwenselijk als mantelzorgers te veel administratieve lasten ervaren. Gemeenten hebben, op grond van de Wmo2015, de verantwoordelijkheid om mantelzorgondersteuning, en de toegang hiertoe, lokaal in te richten en hebben de beleidsruimte om dit hun eigen manier vorm te geven. Gemeenten kunnen hierbij ondersteuning krijgen vanuit het Adviesteam Mantelzorg om te voorkomen dat dit tot veel extra administratieve lasten leidt bij mantelzorgers.

Met de Mantelzorgagenda⁷⁰ werkt de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg aan het ontlasten van mantelzorgers. Zo worden bij nieuwe en bestaande wetten, zoals bij het traject van de Participatiewet in balans en het wetsvoorstel Versterking Regie Volkshuisvesting, voorstellen gedaan om de bewijslast van mantelzorgers te verminderen. Op het gebied van mantelzorg en wonen worden goede voorbeelden van het regelarm organiseren van mantelzorgwoningen met gemeenten gedeeld, zodat gemeenten vanuit vertrouwen mantelzorgers kunnen ondersteunen.

Vraag 360

⁶⁹ Kamerstukken II 2022/23, 30 169, nr. 75

⁷⁰ Kamerstukken II 2022/23, 30 169, nr. 75

Kan een overzicht worden geven van hoeveel arbeidsbesparende innovaties er op dit moment liggen?

Antwoord:

Er is geen totaaloverzicht van arbeidsbesparende innovaties, ook omdat de ontwikkelingen snel kunnen gaan. Op de websites van Zorginnovatie.nl, Zorg van Nu en Actie Leer Netwerk staan overzichten van innovaties die zich in verschillende fases van het innovatieproces bevinden, van concept tot aan opschaling. Veel van deze innovaties hebben bij passende inzet een arbeids- of tijdbesparend effect. Het kan gaan om technologische innovaties, zoals sensortechnologie, digitale applicatie platforms en AI-toepassingen, maar ook om niet-technologische innovaties die het anders werken in zorg en welzijn mogelijk maken. Voor subsidieaanvragen in het kader van de opschalingsroute van de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg zijn veelbelovende innovaties te vinden in het STOZ-overzicht.

Vraag 361

Hoe houden kabinet en Kamer in de toekomst zicht op de omvang van, en eventuele verschuivingen tussen, de sectoren rijksbegroting, zorg en investeringen nu deze niet meer afzonderlijk worden genormeerd en gemonitord?

Antwoord:

Het advies van de Studiegroep Begrotingsruimte om te werken met één uitgavenkader is overgenomen in het Hoofdlijnenakkoord. Conform de regels budgetdiscipline is en blijft iedere Minister verantwoordelijk voor een goede beheersing van de departementale begroting. Dit betekent dat tegenvallers binnen de betreffende begroting gedekt moeten worden. Dit geldt ook voor de premiegefinancierde onderdelen van de begroting voor het terrein van de zorg en de sociale zekerheid. Een per saldo meevaller in de uitgaven aan de Zorgverzekeringswet wordt, na saldering met eventuele tegenvallers elders in de zorg en op de VWS-begroting, ingezet voor lastenverlichting via een verlaging van de premies. In de budgettaire nota's werd altijd een horizontale ontwikkeling van de uitgaven gepresenteerd, ook voor Zorg en Sociale Zekerheid. Dat gebeurt ook nu er gewerkt wordt met één uitgavenkader. De horizontale ontwikkeling laat zien hoe de uitgaven zich ontwikkelen over de jaren heen.

Vraag 362

In hoeverre wordt er in deze kabinetsperiode ingezet op het modulair opleiden voor (zij)instromers in de zorg? Wat zijn de mogelijkheden voor een toegankelijker vrijstellingenbeleid voor de generieke onderdelen van mbo-opleidingen?

Antwoord:

Voor mbo-opleidingen Helpende Zorg en Welzijn, Verzorgende-IG en MBO-verpleegkundige zijn 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». Hier hoeven geen generieke onderdelen voor gevolgd te worden. Voor werkgevers biedt dit de mogelijkheid om een zij-instromer gericht te scholen. Steeds meer mbo-scholen bieden, in samenwerking met zorginstellingen, deze certificaatrajecten aan. Vanuit VWS wordt via Sectorplan Plus 2024–2025 subsidie geboden aan werkgevers voor opleidings- en trainingsactiviteiten in zorg en welzijn, waaronder mbo-certificaten. 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. Zie Kamerbrief Uitwerking Onderwijsagenda LLO van november 2023 (Kamerstukken II 2023/24, 30 012, nr. 157).

Vraag 363

Wat zijn de ziekteverzuimcijfers voor de gehele sector zorg en welzijn voor 2024 en de afgelopen vijf jaren, en de verwachting voor 2025?

Antwoord:

In het tweede kwartaal van 2024 was het verzuimpercentage voor de sector Zorg en Welzijn 7,2. In de 5 jaar daarvoor was dat:

- Q2 2019: 5,7%
- Q2 2020: 6,2%
- Q2 2021: 6,5%
- Q2 2022: 7,5%
- Q2 2023: 7,0%

Over de verwachting voor 2025 kunnen geen uitspraken worden gedaan.

Vraag 364

Wat is de uitsplitsing ziekteverzuim per subsector? Wat is de spreiding (minimale en maximale) van verzuimcijfers tussen werkgevers/instellingen?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de verzuimpercentages per branche weergegeven (tweede kwartaal 2024). Het Ministerie van VWS beschikt niet over gegevens over de spreiding van de verzuimcijfers.

	Q2 2024
Zorg en welzijn (smal)	7,2
Universitair medische centra	5,7
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	6,0
Geestelijke gezondheidszorg	7,3
Huisartsen en gezondheidscentra	6,0
Overige zorg en welzijn	5,1
Verpleging, verzorging en thuiszorg	8,8
Gehandicaptenzorg	7,7
Kinderopvang (incl. peuterspeelzaalwerk)	7,5
Jeugdzorg	7,2

Bron: AZW statline

Vraag 365

Wat zijn de kosten gerelateerd aan ziekteverzuim? Wat is het aantal fulltime equivalent (fte) dat door ziekteverzuim gemist wordt per subsector? Wat is de kwantitatieve impact van ziekteverzuim op de wachtlijsten?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft per branche weer hoeveel fte gemiddeld genomen dagelijks niet inzetbaar was vanwege ziekteverzuim in het eerste kwartaal van 2024. Het Ministerie van VWS beschikt niet over cijfers over de kosten van het ziekteverzuim en de kwantitatieve impact van het verzuim op de wachtlijsten.

	Aantal fte niet inzetbaar vanwege ziekteverzuim, x 1.000
Zorg en welzijn (smal)	74,9
Universitair medische centra	4,2
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	11,3
Geestelijke gezondheidszorg	6,8
Huisartsen en gezondheidscentra	1,5

Overige zorg en welzijn	5,4
Verpleging, verzorging en thuiszorg	27,9
Gehandicaptenzorg	11,4
Jeugdzorg	2,4
Sociaal werk	3,9

Bron: AZW statline

Vraag 366

Welke partijen zullen er betrokken worden bij het opstellen van het aanvullende aanvullend zorg- en welzijnsakkoord?

Antwoord:

Dit zullen in ieder geval de partijen zijn die het huidige Integraal Zorgakkoord hebben afgesloten (ActiZ, De Nederlandse GGZ, FMS, InEen, LHV, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie, VNG, V&VN, ZKN, Zorgthuisnl en ZN). De komende periode zullen we vanuit de inhoud bezien of het wenselijk is om ook andere partijen te betrekken, en zo ja, welke.

Vraag 367

Hoe borgt de Minister dat patiënten, op basis van goede informatie over verschillen in behandelmogelijkheden, kwaliteit en uitkomsten, een weloverwogen keuze kunnen maken voor de best passende zorg, ook als dat in een verder weg gelegen ziekenhuis is?

Antwoord:

Het is belangrijk dat patiënten en hun naasten makkelijk betrouwbare en begrijpelijke keuze-informatie kunnen vinden over de behandeling van hun aandoening en de verschillen tussen instellingen. Zo kunnen zij een weloverwogen beslissing nemen ten aanzien van de keuze voor een instelling en behandeling, die past bij de situatie van de patiënt en zijn/haar omgeving. In de brief van 18 juni 2024 (Kamerstukken 2023/24, 31 765, nr. 858) wordt beschreven welke stappen worden gezet om patiënten van meer informatie over kwaliteit van zorg te voorzien als het gaat om medisch specialistische zorg.

Vraag 368

Hoe wordt de onderlinge samenwerking tussen grote en kleine ziekenhuizen vormgegeven en is daar ondersteuningsbudget voor?

Antwoord:

Zoals staat beschreven in het Regeerprogramma wil dit kabinet ervoor zorgen dat ziekenhuizen meer gaan samenwerken. Grote ziekenhuizen gaan kleine ziekenhuizen ondersteunen. In eerste instantie worden daartoe de bestuurlijke afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) voortgezet die zijn toegespitst op spreiding en concentratie van zorg. In het kader van het IZA is al een beweging ingezet die toeziet op het spreiden van basiszorg tussen ziekenhuizen.

De gewenste beweging naar meer samenwerking tussen grote en kleine ziekenhuizen wordt verder vormgegeven in het nog te sluiten aanvullend bestuurlijk akkoord voor de jaren 2025–2029. Voor het bevorderen van de onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen is geen aanvullend ondersteuningsbudget beschikbaar, anders dan de kaders zoals afgesproken binnen het IZA.

Vraag 369

Op welke termijn wordt de handreiking aangeboden aan ziekenhuizen waar de spoedeisende hulp onder druk staat?

Antwoord:

In de handreiking komt te staan wat het ziekenhuis – in aanvulling op en ter invulling van wat er staat in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (de AMvB acute zorg) – kan doen als het wijzigingen in het acute zorgaanbod overweegt en het bijbehorende besluitvormingsproces op een zorgvuldige manier wil doorlopen. Het is belangrijk dat het ziekenhuis alle betrokkenen, zoals de zorgverzekeraar, de gemeente, burgers, patiënten, omliggende ziekenhuizen en zorgaanbieders en zorgprofessionals, daadwerkelijk betreft bij de besluitvorming zodat, gegeven de uitdagingen die er liggen, wordt gezocht naar een optimale oplossing. Dit helpt om te zorgen dat de beschikbaarheid van spoedeisende zorg en acute verloskunde in iedere regio goed geregeld is. Het ziekenhuis blijft gaan over haar eigen inrichting. De handreiking is dus niet bedoeld om sluiting van een SEH of afdeling acute verloskunde of IC te voorkomen. De Minister van VWS wil deze handreiking afronden in een zorgvuldig proces en wil de handreiking in de eerste helft van 2025 gereed hebben.

Vraag 370

Welke instrumenten heeft de Minister om te handhaven op het kwaliteitskader SEH?

Antwoord:

Voor de spoedzorg zijn kwaliteitsnormen opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gebruikt het Kwaliteitskader Spoedzorgketen bij het toezicht op de kwaliteit van zorg.

Vraag 371

Welke financiële verliezen veroorzaakt de sluiting van een ziekenhuis of SEH voor de gemeente en directe omgeving van het ziekenhuis?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over objectieve cijfers over de directe en indirecte financiële gevolgen voor een gemeente of regio bij de sluiting van een ziekenhuis of SEH.

Vraag 372

Welke wijzigingen is de Minister van plan om door te voeren in de regelgeving die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken?

Antwoord:

De Minister denkt eraan om het Uitvoeringsbesluit Wkkgz (de amvb acute zorg) en/of de Uitvoeringsregeling Wkkgz (die een nadere uitwerking geeft aan de amvb acute zorg) aan te passen. Het doel daarvan is een nadere invulling te geven aan het proces dat een ziekenhuis moet volgen als het overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken.

Vraag 373

Kan de Minister aangeven of en hoe met deze verbreding de visie op de inzet op mantelzorg verder vorm krijgt?

Antwoord:

Momenteel is ongeveer één op de drie Nederlanders mantelzorger. Door de vergrijzing is de verwachting dat in 2040 iedereen in meer of mindere mate zorgt voor een naaste. Dat betekent dat mantelzorg steeds meer gecombineerd wordt met werk, school en andere maatschappelijke taken. De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg vindt het versterken van de positie van de mantelzorger dan ook van groot belang. Onderdeel daarvan is de inzet op gelijkwaardige samenwerking tussen formele en informele zorg, evenals het beter faciliteren van de combinatie werk en mantelzorg. Hiertoe is door de vorige Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, samen met de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Minister van Onderwijs, Cultuur en Sport

en de Staatssecretaris van Fiscaliteit en Belastingen, een adviesaanvraag over een toekomstbestendige combinatie van werk en mantelzorg⁷¹ ingediend bij de Sociaal-Economische Raad (SER). Dit advies is naar verwachting in het tweede kwartaal van 2025 gereed.

Vraag 374

In het kader van het aanvullend hoofdlijnenakkoord voor een toegankelijker zorglandschap, kunnen mensen zelf kiezen naar welk ziekenhuis of kliniek ze gaan?

Antwoord:

In Nederland kan iedereen zelf kiezen naar welke zorgverlener men wil gaan voor noodzakelijke zorg. Dit zal door het aanvullend hoofdlijnenakkoord niet veranderen.

Vraag 375

Wat wordt bedoeld met de passage «het is breed bekend is dat we 112 moeten bellen. Veel mensen kennen de weg naar de spoedzorg niet als het gaat om een bloederig ongeluk waarbij de vinger klem komt te zitten. Met een publiekscampagne leggen we uit wat te doen bij spoed»? Graag een toelichting wat hiermee wordt bedoeld? Het is toch juist goed als mensen 112 bellen? De telefonisten van 112 kunnen toch goed inschatten of iemand naar de eerste hulp van het ziekenhuis moet gaan of de huisartsenpost? Wat is aanvullend hierop nodig?

Antwoord:

Het doel van spoedzorg is dat elke patiënt zo snel mogelijk gezien en behandeld wordt op de best mogelijke plek. Het is belangrijk dat hierbij de spoedzorgketen niet verstopt raakt en de telefoonlijnen niet onnodig overbelast raken. Niet alle acute zorgvragen zijn direct levensbedreigend, waardoor het niet altijd nodig is om 112 te bellen. Met inzet van een publiekscampagne wijzen we mensen beter de weg binnen de spoedzorg. Mensen kunnen bijvoorbeeld www.thuisarts.nl raadplegen wanneer zij twifelen of het spoed is, om te zien of zij zorg nodig hebben en in welke vorm. Wanneer dat het geval is, kunnen mensen bij een groot deel van de zorgvragen contact opnemen met hun eigen huisarts. Wanneer de huisarts dicht is en het niet kan wachten kunnen zij contact opnemen met de huisartsenspoedpost. Bij levensgevaar bellen mensen uiteraard meteen naar 112.

Vraag 376

Waarom wordt het geraamde budget in september met 93% verlaagd, waardoor er nog slechts € 1,5 miljoen beschikbaar blijft voor een inclusieve samenleving?

Antwoord:

In de suppletoire begroting september 2024 is er een verschuiving van middelen verwerkt op dit artikelonderdeel naar het jaar 2028. Het betrof een verschuiving van € 14,8 miljoen ten behoeve van de stimuleringsregeling zorggeschikte woningen. Ook wordt in 2024 € 1,9 miljoen gekort op dit artikelonderdeel als herschikking van de taakstelling uit de eerste suppletoire begroting. Ook valt er € 2 miljoen vrij omdat de subsidieregeling intergenerationeel wonen niet volledig wordt uitgeput.

Vraag 377

Wat gebeurt er met de beschikbaarheidsbijdrage voor gevoelige ziekenhuizen na de intrede van vaste budgetten?

Antwoord:

De NZa wordt gevraagd gefaseerd en zo snel mogelijk budgetbekostiging voor acute zorg mogelijk te maken. De precieze vormgeving moet nog worden uitgewerkt. Aannemelijk is dat de beschikbaarheidsbijdrage

⁷¹ Kamerstukken II 2022/23, 30 169, nr. 76

uiteindelijk komt te vervallen omdat de budgetbekostiging hiervoor in de plaats komt. Alleen ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm komen nu in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage voor een spoedeisende hulp of afdeling acute verloskunde. Voor een budget komen straks alle ziekenhuizen met een spoedeisende hulp, afdeling acute verloskunde of intensive care in aanmerking. De invoering van budgetbekostiging zal gefaseerd plaatsvinden.

Vraag 378

Wat gebeurt er als de vaste budgetten in de acute zorg worden overschreden, wat zijn de gevolgen voor patiënten en wie draait op voor de kosten?

Antwoord:

De wijze waarop budgetbekostiging voor acute zorg vorm krijgt vergt nadere uitwerking.

Vraag 379

Blijft de 45-minutennorm in de ambulancesector gehandhaafd?

Antwoord:

De 45-minutennorm is geen norm voor de ambulancezorg. De 45-minutennorm is een spreidings- en beschikbaarheidsnorm voor afdelingen spoedeisende hulp en acute verloskunde.

Voor de ambulancezorg is de 15-minutennorm als streefnorm van toepassing. De Regionale Ambulancevoorziening (RAV) streeft ernaar dat in de veiligheidsregio binnen 15 minuten responstijd 95% van de inzetten met A1-urgentie ter plaatse is, zoals opgenomen in het Kwaliteitskader Ambulancezorg.

Ambulancezorg Nederland heeft een nieuwe urgentie-indeling ontwikkeld voor de ambulancezorg en is in februari gestart met de implementatie hiervan. Het doel van de nieuwe indeling is om de kwaliteit van de ambulancezorg te verbeteren. De nieuwe urgentie-indeling doet meer recht aan de medische behoeften van patiënten en is meer medisch logisch opgebouwd. Het is de bedoeling dat de ambulance sneller ter plaatse is als het echt nodig is, ook bij rampen en ongevallen, en dat in andere gevallen iets meer tijd wordt genomen voor verrijkte en verlengde triage om meteen de juiste zorg op de juiste plek in te zetten. Na een aantal jaar wordt bezien of en zo ja, welke gevolgen de nieuwe urgentie-indeling heeft voor de 15-minutennorm.

Vraag 380

Hoeveel ambulanceritten haalden vorig jaar de 45-minutennorm niet en hoe is de situatie voor dit jaar?

Antwoord:

Zoals is aangegeven in het antwoord op vraag 379, is de 45-minutennorm geen norm voor de ambulancezorg. Voor de ambulancezorg is de 15-minutennorm als streefnorm van toepassing. In het sectorkompas van Ambulancezorg Nederland (<https://www.ambulancezorg.nl/sectorkompas>) is te zien hoe de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) presteren met betrekking tot de streefnorm. De cijfers voor 2023 zijn de meest recente cijfers. Landelijk is het responstijdpercentage 16:50 minuten. Per RAV-regio varieert het responstijdpercentage tussen de 14:40 minuten voor Kennemerland en 18:28 minuten voor Gelderland-Midden.

Vraag 381

Wat wordt bedoeld met inclusieve samenleving, wanneer is de samenleving inclusief en waarom is hier nog maar € 1,5 miljoen voor nodig?

Antwoord:

De 1,5 miljoen die resteert heeft betrekking op het jaar 2024. Voor 2025 en verder geldt dat er meer budget beschikbaar is voor dit artikelonderdeel. Dit artikelonderdeel voor de inclusieve samenleving is onder

andere bedoeld voor de bestrijding van eenzaamheid, maar ook het versterken van de sociale basis en het verbeteren van de toegankelijkheid voor mensen met een beperking. Hierbij geldt dat dit niet het enige budget is behoeve van het bevorderen van de inclusiviteit. Op het artikelonderdeel 3.1 «Opdrachten inclusiviteit» zijn er bijvoorbeeld ook middelen gereserveerd voor dit doeleinde.

Vraag 382

Op welke termijn wordt de bekostiging van acute spoedeisende hulp aangepast naar een vast budget?

Antwoord:

In het regeerprogramma staat dat de NZa wordt gevraagd gefaseerd en zo snel mogelijk budgetbekostiging mogelijk te maken. Hierover ben ik met de NZa in gesprek. In dat gesprek komt ook de vraag aan de orde wanneer gestart kan worden met de invoering van budgetbekostiging.

Vraag 383

Kan de Minister aangeven hoeveel geld in het MSZ-kader wordt uitgegeven aan alle IC's, SEH's en acute verloskunde in Nederland?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over een totaalbeeld van deze informatie. Deze uitgaven zijn grotendeels onderdeel van contractafspraken die ziekenhuizen met zorgverzekeraars maken en zijn niet openbaar.

Vraag 384

Is de Minister van plan de bekostiging van IC's en SEH's en acute verloskunde als aparte post op te nemen in de rijksbegroting?

Antwoord:

Dit is nog niet bekend en zal onderdeel zijn van de uitwerking van de budgetbekostiging voor acute zorg.

Vraag 385

Kan de Minister aangeven hoeveel zorgmedewerkers in totaal werken op de IC's, SEH's en acute verloskunde en hoe groot het personeelstekort daarbij is?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het totaal aantal zorgmedewerkers op de IC's, SEH's en acute verloskunde en daarmee ook niet over de personeelstekorten aldaar. Zie voor de beschikbare informatie het antwoord op vraag 164.

Vraag 386

Welke kwaliteits- en bezettingseisen gelden voor de IC's, SEH's en acute verloskunde en in hoeverre moeten ziekenhuizen aan de geldende eisen en kwaliteitsstandaarden voldoen?

Antwoord:

Naast de richtlijnen en protocollen die zorgverleners opstellen, maken patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspraken over wat goede zorg is. Die worden vastgelegd in kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Alle goedgekeurde kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten komen in het Register van het Zorginstituut Nederland.⁷² Voor de SEH gaat het om de Kwaliteitskader Spoedzorgketen (SEH), de Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care (IC's) en de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg ((acute) verloskunde). Kwaliteitskaders zijn niet vrijblijvend. Het biedt een kader: het geeft aan waaraan organisaties en professionals dienen te voldoen. Kwaliteitskaders kunnen

⁷² Het overzicht van kwaliteitsstandaarden is te vinden in het Register: Kwaliteitsinstrumenten | Zorginstituut Nederland

door zorgverzekeraars worden gebruikt ten behoeve van de zorginkoop. Daarnaast kan de IGJ het betrekken bij haar toezicht op de veiligheid en kwaliteit van de zorg.

Vraag 387

In hoeverre is de huidige bekostiging van de IC's, SEH's en acute verloskunde vervlochten met andere onderdelen van het ziekenhuis?

Antwoord:

De huidige bekostiging van de IC's, SEH's en acute verloskunde (AV) is sterk vervlochten met de rest van het ziekenhuis. De SEH's en acute verloskunde worden in de basis bekostigd als onderdeel van reguliere DBC's. Indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, wordt dit aangevuld met een beschikbaarheidsbijdrage.

Vraag 388

In hoeverre zorgt het opknippen van de ziekenhuisbekostiging tot extra (financiële) administratieve lasten en afbakeningsvraagstukken binnen de bedrijfsvoering van het ziekenhuis?

Antwoord:

Omdat de huidige bekostiging van de spoedeisende hulp (SEH's), acute verloskunde (AV) en intensive care (IC's) sterk vervlochten is met de rest van het ziekenhuis, gaat het losknippen van deze bekostiging gepaard met afbakeningsvraagstukken. Dit kan mogelijk tijdelijk leiden tot extra administratieve lasten. Tegelijkertijd is dit vraagstuk niet helemaal nieuw: voor de ziekenhuizen die op dit moment een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen voor de SEH en AV is dit al afgebakend ten opzichte van de rest van de ziekenhuiszorg. De mate waarin afbakeningsvraagstukken zich voordoen hangt dus af van de keuzes die gemaakt worden bij de invoering.

Vraag 389

Hoe ziet het financieringsplaatje eruit op het gebied van een decentraal EPD?

Antwoord:

Er wordt niet gewerkt aan een decentraal EPD. Er wordt gewerkt aan een Landelijk Dekkend Netwerk van infrastructuren. Om dit te kunnen realiseren is een bedrag van € 170 miljoen beschikbaar tot en met 2027.

Vraag 390

Met welke subcategorieën beoogt u de opt-out regeling voor European Health Dataspace (EHDS) uit te breiden? Hoe zijn deze categorieën tot stand gekomen?

Antwoord:

De Minister van VWS heeft de Kamer toegezegd dat de opt-out regeling uit de EHDS voor primair gebruik zal worden uitgewerkt. Daar wordt op dit moment aan gewerkt. Daarbij wordt eerst gekeken hoe de opt-out kan worden uitgewerkt voor de aangewezen prioritaire gegevenscategorieën uit de EHDS. Pas als dat helder is, kan worden gekeken of andere categorieën gegevens hieraan kunnen worden toegevoegd.

Vraag 391

Hoe vaak is diefstal van medische gegevens in het afgelopen jaar voorgekomen?

Antwoord:

Op dit moment zijn deze cijfers niet bekend. Instellingen zijn in het kader van de AVG verplicht een datalek te melden bij de toezichthouder de AP. Bij een datalek kan sprake zijn van diefstal, maar dit hoeft niet het geval te zijn. We hebben afgelopen jaar geen signalen ontvangen van diefstal van

medische gegevens. De AP publiceert jaarlijks een datalekkenrapportage. Begin 2025 zal er een terugblik gepubliceerd worden over het voorgaande jaar.

Vraag 392

Wanneer kan de Kamer precies het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg verwachten?

Antwoord:

De gesprekken over het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg zullen op korte termijn starten. Ik verwacht dat de contouren van dit akkoord eind dit jaar zichtbaar zullen zijn. De afspraken in het hoofdlijnenakkoord worden verwerkt in de zorginkoop voor het jaar 2026. Daarbij zal ook een koppeling worden gemaakt met het integraal Zorg- en Welzijnsakkoord. Daarna zal de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg vde Kamer daarover informeren.

Vraag 393

In de memorie van toelichting staat «De ouderzorg is hopeloos versnipperd over verschillende zorgwetten. Mensen raken verdwaald tussen zorgloketten die naar elkaar wijzen voor vergoeding. Het kabinet zorgt ervoor dat zorgwetten beter op elkaar worden afgestemd en daar waar doorrekeningen aantonen dat het goedkoper en efficiënter kan, worden voorbereidingen getroffen om ze ook samen te voegen». Welke doorrekeningen zijn er en door wie worden deze gemaakt?

Antwoord:

Het kabinet zal eerst inventariseren waar zorgwetten beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Vervolgens zullen hiervan doorrekeningen worden gemaakt. Daarbij zal ook het CPB worden betrokken. Zodra de doorrekeningen bekend zijn zal de Tweede Kamer hierover worden geïnformeerd.

Vraag 394

In de memorie van toelichting staat «Palliatieve en terminale zorg moeten een vanzelfsprekend onderdeel worden van reguliere zorg. Het kabinet onderzoekt welke aanpassingen hiervoor nodig zijn in de verschillende zorgwetten». Er zijn tijdelijk gefinancierde projecten, die al jaren succesvol verlopen en waarbij onnodige ziekenhuisopnames worden vermeden, zoals de palliatieve thuiszorggroepen (PaTz). Op welke manier worden dit soort projecten, die jarenlang tijdelijk gefinancierd worden, meegenomen in de aanpassingen zodat zij structureel gefinancierd worden?

Antwoord:

Palliatieve zorg en terminale zorg moeten een vanzelfsprekend onderdeel zijn van de reguliere zorg, zoals ook in het regeerprogramma staat. De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg wil deze beweging versnellen door belangrijke elementen van het Kwaliteitskader palliatieve zorg (markering, proactieve zorgplanning, transmurale samenwerking, ondersteuning bij complexe zorg) te implementeren in de regio met behulp van concrete afspraken.

Dit voorjaar is vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg opgesteld. Deze richt zich op de integratie van palliatieve zorg binnen de reguliere zorg en vraagt een integrale aanpak vanuit alle partijen. Deze transformatie kan alleen vanuit gezamenlijkheid worden gerealiseerd. Dit vraagt inspanningen tot samenwerking op zowel lokaal, regionaal als landelijk niveau. Aan de transformaties in de regio wordt gewerkt door de regio's te ondersteunen bij het opstarten en uitwerken van een IZA Transformatieplan palliatieve zorg. De regionaal opgedane inzichten hierbij worden breder beschikbaar gesteld, zodat ook andere regio's gebruik kunnen maken van de geleerde lessen.

De PaTz-methodiek is integraal onderdeel van de IZA Transformatieplannen.

Om samenwerking in de eerste lijn te versterken en proactieve zorgplanning in te bedden, wordt lokale samenwerking in PaTz-groepen gestimuleerd. Daarnaast worden PaTz-ambassadeurs gefaciliteerd om in de regio plannen te maken die bestaande PaTz-groepen ondersteunen en nieuwe groepen enthousiasmeren.

Vraag 395

Hoe worden burgers geïnformeerd over de opt-out voor gegevensuitwisseling? Bevat de opt-out mogelijkheden voor specifiekere toestemming over welke gegevens, met wie en met welk doel (primair en secundair gebruik) gedeeld mogen worden?

Antwoord:

De burger wordt op dit moment nog niet geïnformeerd over een opt-out voor gegevensuitwisseling. Er is nog veelal toestemming nodig voor gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en is er geen sprake van een opt-out. De European Health Data Space (EHDS) gaat daar voor een aantal prioritaire gegevenscategorieën verandering in brengen. De EHDS biedt de lidstaten de mogelijkheid om voor de primaire verwerking van de genoemde gegevenscategorieën een opt-out nationaal in te regelen. De verwachting is dat de EHDS begin 2025 wordt bekrachtigd. De Minister van VWS is op dit moment de opt-out voor primair gebruik aan het uitwerken. Nadat de EHDS bekrachtigd is, zal de Minister van VWS uw Kamer daar verder over informeren. Bij de uitwerking wordt ook bekeken hoe specifiek zeggenschap kan of moet worden uitgeoefend. Daarbij wordt uiteraard rekening gehouden met de gewenste privacy, de (technische) uitvoerbaarheid en het doenvermogen van burgers. Wanneer de uitvoering van de EHDS verder gevorderd is, zullen burgers daar uiteraard ook over worden geïnformeerd.

Daarnaast wordt gewerkt aan een beleidsstandpunt over zeggenschap van burgers bij het gebruik van gezondheidsgegevens voor secundair gebruik (onderzoek, beleid en innovatie). Daarbij wordt ook bekeken of verschillende vormen van zeggenschap nodig en mogelijk zijn. Dit is afhankelijk van de aard van de gegevens of het doel waarvoor de gegevens verwerkt worden. Hoe een burger precies geïnformeerd gaat worden over diens zeggenschap hangt nauw samen met het op te stellen beleidsstandpunt. Bij het vormen van het beleidsstandpunt moet ook rekening worden gehouden met de EHDS. Die verordening regelt dat burgers een opt-out moeten kunnen inzetten waarmee gegevens over hen niet meer beschikbaar zijn voor secundair gebruik. Lidstaten moeten dat nationaal inrichten.

Vraag 396

Op welke manier wordt indicatiestelling voor urgentie op wachtlijsten in de toekomst vormgegeven?

Antwoord:

Er zijn steeds meer ouderen die nu of in de toekomst zorg nodig hebben. Zij moeten erop kunnen rekenen dat zij de zorg kunnen ontvangen die ze nodig hebben. Het kabinet wil het systeem van herindicaties voor mensen die al in een verpleeghuis wonen beëindigen.

De indicatiestelling voor de urgentie op de wachtlijst blijft behouden. Dit houdt in dat het CIZ de indicatiestelling voor de toegang tot de Wlz blijft uitvoeren. Wanneer er sprake is van een spoedsituatie kan het CIZ de indicatieaanvraag binnen 7 dagen afhandelen. In uitzonderlijke gevallen kan dit binnen 24 uur, bijvoorbeeld wanneer iemand vanuit het ziekenhuis een plek nodig heeft in het verpleeghuis. Daarnaast werkt het CIZ aan vereenvoudiging van de werkwijze zodat dit in de toekomst nog sneller gaat.

Wanneer iemand een Wlz-indicatie van het CIZ heeft en een plek zoekt in het verpleeghuis bepaalt het zorgkantoor de urgentie. Iemand die in het ziekenhuis ligt en een plek in het verpleeghuis nodig heeft krijgt dan bijvoorbeeld voorrang.

Vraag 397

Hoeveel mensen gebruiken een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)?

Antwoord:

Naar schatting zijn er op dit moment 800.000 unieke gebruikers die een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) gebruiken.

Vraag 398

In het op elkaar afstemmen van zorgwetten, kijkt het kabinet naar doorrekeningen hoe de ouderenzorg goedkoper en efficiënter kan, kan er (al) een overzicht worden gegeven welke zorgwetten dit betreft?

Antwoord:

Zoals beschreven in antwoord 393 zijn er op dit moment nog geen doorrekeningen gemaakt.

Vraag 399

Kan er een fte overzicht worden gegeven van de, huidige en verwacht toekomstige, arbeidsmarkttekorten, per zorgsector?

Antwoord:

Antwoord: In het antwoord op vraag 163 is een overzicht opgenomen van de arbeidstekorten per branche in 2024 in personen op basis van het prognosemodel zorg en welzijn. In het model worden de tekorten berekend in personen. Een overzicht in fte is niet voor handen. Hieronder is aanvullend een overzicht opgenomen van het tekort per branche in 2033 in personen, voor zowel het referentiescenario als het scenario Nieuw beleid. Voor een verdere toelichting op de prognose en de twee gehanteerde scenario's wordt u verwezen naar de brief⁷³ die naar uw Kamer is gestuurd. Naar verwachting zal de Minister van VWS uw Kamer aan het einde van dit jaar een nieuwe arbeidsmarktprognose toesturen met daarin de laatste inzichten ten aanzien van de verwachte ontwikkeling van het personeelstekort.

Tabel: Verwachte arbeidsmarkttekort zorg en welzijn (exclusief kinderopvang) in 2033, referentiescenario en scenario Nieuw Beleid, uitgesplitst naar branche, in aantal personen

	<i>Referentiescenario</i>	<i>scenario Nieuw beleid</i>
Universitair medische centra	11.100	10.600
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	27.700	26.500
Geestelijke gezondheidszorg	14.500	14.100
Huisartsen en gezondheidscentra	5.400	5.900
Overige zorg en welzijn	20.200	19.500
Verpleeghuiszorg	64.900	51.900
Thuiszorg	17.000	27.400
Gehandicaptenzorg	23.100	23.000
Jeugdzorg	3.300	3.400
Sociaal werk	7.700	7.500
Totaal ¹	194.900	189.900

¹ Optelling wijkt af van totaal door afronding

Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn, ABF Research

Vraag 400

⁷³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, kamerstuk 29 282, nummer 554

Het kabinet suggereert dat met de afwendings van de huidige/toekomstige arbeidsmarkttekorten in de ouderenzorg, de ouderenzorg financieel houdbaar wordt, waaruit blijkt dat? Wat is de (precieze) bijdrage hiervan in de (toekomstige) financiële houdbaarheid?

Antwoord:

Deze suggestie heeft het kabinet niet willen wekken. Het kabinet zal het voortouw nemen voor een hoofdlijnenakkoord voor de ouderenzorg en daarbij samen met de betrokken partijen afspraken maken die bijdragen aan een toekomstbestendige ouderenzorg. Zowel de afwendings van het arbeidsmarkttekort als financiële houdbaarheid is daarbij een doelstelling.

Vraag 401

Het kabinet verwacht dat generatieve kunstmatige intelligentie een bijdrage kan leveren in een vermindering van administratietijd, kan een overzicht worden gegeven van de geplande implementatie en hun (geschatte) opbrengsten qua vermindering van administratietijd?

Antwoord:

Een dergelijk overzicht is er niet. De Minister van VWS gaat de komende periode samen met het veld onderzoeken op welke wijze er tot versnelling kan worden gekomen. Daarnaast zijn de opbrengsten moeilijk kwantificeerbaar op voorhand. De effecten zullen pas over langere tijd meetbaar zijn. De halvering van de administratietijd zal niet alleen behaald worden door de inzet van AI, maar ook door de bredere aanpak met de Regiegroep Aanpak Regeldruk.

Vraag 402

Kan een overzicht gegeven worden van het meest recent aantal wachtenden op een verpleeghuisplek, uitgesplitst naar «wachten uit voorzorg», «wachten op voorkeur», «actief plaatsen» en «urgent plaatsen»?

Antwoord:

De meest recente cijfers zijn van augustus 2024. Er waren toen in totaal 20.461 wachtenden voor verpleging en verzorging, uitgesplitst naar:

- 305 wachtenden «urgent plaatsen»;
- 3.756 wachtenden «actief plaatsen»; en
- 16.400 wachtenden «wachten uit voorzorg».

Vraag 403

Hoe zorgt het kabinet dat patiënten de juiste vaardigheden hebben of ondersteund worden om online informatie aan te leveren ter voorbereiding van het consult?

Antwoord:

Steeds meer organisaties binnen zorg en welzijn maken gebruik van digitale mogelijkheden bij het inrichten van hun werkprocessen. Een voorbeeld hiervan is dat aan patiënten wordt gevraagd om voor hun consult digitaal informatie aan te leveren. Daarom is het belangrijk dat mensen digitaal vaardig zijn. Voor naar schatting 2,5 tot 4 miljoen mensen is dit niet het geval. Daarom wordt er met het IZA in de periode 2023–2026 ingezet op:

1) Het samenbrengen van vraag en aanbod.

Het versterken van de samenwerking tussen lokaal ondersteuningsaanbod voor digitale zorg en de vraag om ondersteuning vanuit zorg en welzijnsorganisaties. In januari 2024 is de kwartiermaker Digitaal Toegankelijke Zorg en Welzijn gestart vanuit de Alliantie Digitaal Samenleven gestart.

2) Vindbaarheid en doorverwijzing verbeteren.

De Helpdesk Digitale Zorg is een landelijke hulplijn voor digitale zorgvragen waar patiënten van aangesloten zorgorganisaties terecht kunnen. Vanuit VWS is financiering verstrekt zodat meer mensen gebruik kunnen maken van deze hulplijn, inzichtelijk maken van

knelpunten en het in kaart brengen van de omvang van de groep burgers die problemen ervaren bij het gebruik van digitale zorg. Daarnaast is de Digihulplijn beschikbaar waar mensen terecht kunnen met vragen over digitale zaken zoals inloggen met DigiD.

3) Bewustwording.

Vanuit VWS wordt via Pharos ingezet op het vergroten van bewustwording onder zorg- en welzijn professionals over uitdagingen van mensen met een afstand tot digitalisering en het bieden van meer handelingsperspectief aan deze professionals, bijvoorbeeld in het communiceren in begrijpelijke taal.

Vraag 404

Wanneer is het onderzoek over de terugkeer van verzorgingshuizen afgerond? En wat zijn verwachte bedragen die horen bij de nadere doorrekeningen?

Antwoord:

Het onderzoek naar de terugkeer van de verzorgingshuizen zal de komende maanden wordt gestart. In 2025 zal de Kamer over de uitkomsten worden geïnformeerd. De financiële effecten zijn onderdeel van het onderzoek en daarom op dit moment nog niet bekend.

Vraag 405

Het programma «Nu niet zwanger» wordt momenteel gefinancierd via projectsubsidies, overweegt u hiervoor een AmvB zodat de effectieve hulp duurzaam aangeboden wordt aan alle burgers en daarmee recht gedaan wordt aan afspraak die in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) staat?

Antwoord:

Het kabinet ondersteunt met het programma «Nu Niet Zwanger» kwetsbare mensen, vrouwen en mannen, om hen in staat te stellen een bewuste keuze te maken over hun kinderwens. Het aantal gemeenten dat het programma Nu Niet Zwanger uitvoert, is het afgelopen anderhalf jaar gegroeid met ruim 20%, naar 285 gemeenten in totaal. Ook later in 2024 zullen nog nieuwe gemeenten aansluiten. In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is de afspraak opgenomen dat gemeenten ervoor zorgen dat inwoners in de vruchtbare leeftijd (die in een kwetsbare situatie verkeren) voldoende regie (kunnen) nemen op hun kinderwens. De afspraken die in het GALA zijn opgenomen, zijn bindend. Het programma Nu Niet Zwanger (inclusief de eventuele anticonceptie) kan bekostigd worden door de gemeente vanuit de structurele middelen voor Kansrijke Start als onderdeel van de SPUK-regeling, behorend bij het GALA, maar ook uit andere middelen die gemeenten vanuit het Gemeentefonds en andere uitkeringen tot hun beschikking hebben. Het landelijk programmeam van Nu Niet Zwanger bij GGD GHOR Nederland ontvangt nog t/m 2027 subsidiemiddelen vanuit het Ministerie van VWS om gemeenten hierbij te ondersteunen.

Vraag 406

Per wanneer zal palliatieve zorg onderdeel worden van alle basisopleidingen (mbo, hbo en universitair)? Worden hiervoor ook extra zorg-gerelateerde opleidingsplekken gecreëerd? Zo ja, hoeveel?

Antwoord:

Allereerst wil de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg het belang van palliatieve zorg als element in de zorgopleidingen en in bij- en nascholing benadrukken. Dit zal de beweging naar palliatieve zorg als een vanzelfsprekend onderdeel van de reguliere zorg ondersteunen. Om dit te realiseren is ook urgentiebesef bij de sector nodig, omdat zij veelal de inhoud van de zorgopleidingen bepaalt.

Door het project Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg (O²PZ) is de afgelopen jaren gewerkt aan implementatie en borging van palliatieve

zorg in zowel de basis- en vervolgopleidingen voor artsen (wo) als in de opleidingen van verpleegkundigen en verzorgenden (hbo en mbo). Hierdoor is al veel aan infrastructuur, kennis, materialen en (bij)scholing tot stand gekomen. Dat draagt bij aan de implementatie van palliatieve zorg in het onderwijs.

Of en wanneer palliatieve zorg onderdeel is van alle basis zorgopleidingen en of hiervoor extra zorg-gerelateerde opleidingsplekken worden gecreëerd, kan de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg uw Kamer niet toezeggen.

Naar aanleiding van de motie Hermans (VVD) en Paulusma (D66) heeft de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg samen met de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap de opdracht gekregen te verkennen of en hoe binnen bestaande zorgopleidingen en scholing palliatieve en levenseindezorg een structurele plek kan krijgen.

De verkenning is in december 2024 klaar en de Tweede Kamer wordt hierover geïnformeerd in december 2024.

Vraag 407

Het kabinet heeft aangekondigd € 600 miljoen extra uit te trekken voor het realiseren van meer zorg- en verpleegplekken in de Wet langdurige zorg (Wlz). Kan worden toegelicht welke concrete plannen hiervoor zijn uitgewerkt?

Antwoord:

Het bedrag van € 600 mln. is gereserveerd vanaf het jaar 2027. In het regeerprogramma is aangegeven dat de concrete invulling de komende maanden wordt uitgewerkt in overleg met de sector. De Kamer zal hierover in 2025 worden geïnformeerd.

Vraag 408

Het kabinet heeft aangekondigd € 600 miljoen extra uit te trekken voor het realiseren van meer zorg- en verpleegplekken in de Wet langdurige zorg (Wlz), hoeveel plekken gaan er gerealiseerd worden en hoeveel extra personeel is er voor deze plekken nodig?

Antwoord:

Het bedrag van € 600 mln. is gereserveerd vanaf het jaar 2027. In het regeerprogramma is aangegeven dat de concrete invulling de komende maanden nader wordt uitgewerkt in overleg met de sector. De Kamer zal hierover in 2025 worden geïnformeerd.

Vraag 409

In hoeverre draagt het creëren van extra Wlz-plekken bij aan toekomstbestendige en betaalbare zorg voor ouderen?

Antwoord:

Er zijn verschillende groepen ouderen met een verschillende zorgvraag. Voor een toekomstbestendige zorg is het belangrijk dat aan deze zorgvraag invulling kan worden gegeven. Dit kan door zorg in een instelling zijn of daarbuiten. Steeds zal worden gezocht naar de meest doeltreffende oplossing (doelmatig en effectief).

Het kabinet zal onderzoeken of de terugkeer van de verzorgingshuizen kan bijdragen aan het doel om in de zorgbehoefte van ouderen te voorzien. Het financiële aspect is een van de elementen die in het onderzoek zal worden meegenomen.

Vraag 410

Wat wordt exact bedoeld met: Onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging? Hoe ziet dit er uit in de praktijk?

Antwoord:

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg bedoelt met onafhankelijke indicatiestelling ongecontracteerde wijkverpleging, dat de indicatiestelling van wijkverpleegkundigen die werken bij ongecontracte-

teerde aanbieders wordt gedaan door wijkverpleegkundigen die niet bij de zelfde organisatie werkzaam zijn. De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg zal samen met de veldpartijen deze maatregel gaan uitwerken.

Vraag 411

Er komt een onafhankelijke indicatiestelling voor de wijkverpleging. Is die alleen bedoeld voor de ongecontracteerde zorg of ook voor de gecontracteerde zorg?

Antwoord:

De onafhankelijke indicatiestelling is alleen bedoeld voor de ongecontracteerde zorg.

Vraag 412

Bij dakloosheid wordt ingezet op het realiseren van huisvesting. Er zullen echter meer daklozen komen vanwege het stoppen van de bed, bad en brood regeling. Hoe ziet de Minister dat enerzijds wordt ingezet op huisvesting voor daklozen en anderzijds de bed, bad en broodregeling wordt opgegeven?

Antwoord:

Het kabinet zet met het Nationaal Actieplan Dakloosheid in op preventie en Wonen Eerst als belangrijkste oplossingen tegen dakloosheid. Deze aanpak richt zich op mensen die rechtmatig in Nederland verblijven en aanspraak kunnen maken op sociale voorzieningen waarmee zij hun leven weer kunnen opbouwen. Voor deze doelgroep blijkt dat maatschappelijke opvang slechts een noodoplossing is en duurzaam herstel vaak pas begint als iemand huisvesting met indien nodig passende ondersteuning heeft. Daarom is huisvesting voor deze doelgroep een van de prioriteiten. Dakloze mensen die gebruikmaken van de Landelijke Vreemdelingenvoorziening hebben beperkt perspectief in Nederland en kunnen vaak geen aanspraak maken op reguliere voorzieningen. Het kabinet zet in op terugkeer, desnoods gedwongen, van mensen zonder geldige verblijfstitel. Daarnaast zal dit kabinet ook werken aan het strafbaar stellen van het niet meewerken aan terugkeer. Verder kunnen gemeenten een beroep doen op de Dienst Terugkeer en Vertrek om te ondersteunen bij terugkeer.

Vraag 413

Het wetsvoorstel afschaffing ongecontracteerde zorg is ingetrokken en in de begroting staat dat «door de invoering van onafhankelijke indicatiestelling zorgen we voor helderheid over gehanteerde tarieven». Kan de Minister dit toelichten? Dit gaat toch om de hoeveelheid zorg en niet over het bedrag dat die hoeveelheid zorg vervolgens kost?

Antwoord:

In de kamerbrief van 16 september jl.⁷⁴ is aangegeven dat het wetsvoorstel tot Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering⁷⁵ zal worden ingetrokken. Wellicht ten overvloede zij opgemerkt deze intrekking nog geformaliseerd moet worden. Dat zal op korte termijn gebeuren.

Ten aanzien van de tekst in de beleidsagenda over de maatregel onafhankelijke indicatiestelling klopt het dat er geen relatie is tussen indicatiestelling en tarieven. De invoering van onafhankelijke indicatiestelling in de ongecontracteerde wijkverpleging moet leiden tot meer doelmatige zorg doordat het juiste aantal uren wordt geïndiceerd. Dit leidt niet tot meer helderheid over gehanteerde tarieven. Er is geen relatie tussen de indicatiestelling en de hoogte van tarieven.

Vraag 414

⁷⁴ Kamerstukken II, 2023–2024, 36 471, nr. 97

⁷⁵ Kamerstukken 36 561

Kunt u in een overzicht uiteenzetten waar de € 55 miljoen voor het Nationaal Actieplan Dakloosheid de afgelopen jaren (2023 en 2024) concreet aan is uitgegeven door gemeenten? Waar zal het in 2025 concreet aan worden uitgegeven?

Antwoord:

De € 55 miljoen euro voor de aanpak dakloosheid wordt via een decentralisatie-uitkering (onderdeel Gemeentefonds) verstrekt aan 43 centrumgemeenten. Gemeenten leveren via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijk gerealiseerde uitgaven. Dit lv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor het gevraagde inzicht voor alleen de aanpak dakloosheid niet kan worden gegeven. In algemene zin geldt dat de VNG, namens gemeenten, zich middels bestuurlijke afspraken gecommitteerd heeft om – in lijn met het Nationaal Actieplan Dakloosheid – te werken aan het borgen van bestaanszekerheid, preventie, het verbeteren van de uitvoeringspraktijk en Wonen Eerst op basis van een regionaal plan van aanpak dakloosheid.⁷⁶

Vraag 415

Hoe moeten gemeenten deze opgave om sociale netwerken in de buurt te versterken invullen, gezien de beperkte financiële ruimte in verband met het dreigende ravijnjaar?

Antwoord:

Het kabinet is zich bewust van de zorgen van gemeenten en provincies over de balans tussen ambitie, taken, middelen en uitvoeringskracht. In 2026 is ten opzichte van 2025 weliswaar een terugval te zien in de omvang van het gemeentefonds, maar hierbij dient te worden aangemerkt dat de inkomsten uit het gemeentefonds in de jaren 2022–2025 historisch hoog waren. In de Voorjaarsnota 2024 zijn voorts maatregelen genomen om deze korting te dempen, zoals het schrappen van de opschalingskorting en het ter beschikking stellen van extra middelen voor de Wmo 2015. Dat laat onverlet dat de balans tussen ambitie, taken, middelen, en uitvoeringskracht voor dit kabinet het uitgangspunt is. Dit kabinet heeft als doel om gedurende de regeerperiode afstemming te hebben en te houden over deze balans en gezamenlijk met gemeenten en provincies te sturen op een aantal bepalende gezamenlijke maatschappelijke opgaven. Onderdeel van die gezamenlijke maatschappelijke opgaven is ook het versterken van sociale netwerken in de buurt of wijk, want sociale netwerken zijn onmisbaar voor mensen en ze kunnen de formele zorg en ondersteuning ontlasten.

Vanuit het Gezond en Actief Leven Akkoord hebben gemeenten de opdracht de sociale basis te versterken en in 2024 een beleidsvisie op de sociale basis te ontwikkelen met aandacht voor een gebiedsgerichte uitvoering. In die visie moeten thema's als sociale samenhang, samenlevingsopbouw, het tegengaan van eenzaamheid, ondersteuning van vrijwilligerswerk en inzet van professionals in het sociaal domein een plek krijgen. Vanuit de brede SPUK⁷⁷ worden er middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten voor dit doeleinde.

Vraag 416

Hoe worden de sociale netwerken in de buurt versterkt? Hoe wordt de kennis van sociaal werk hierbij benut?

Antwoord:

Het is belangrijk in te blijven zetten op het versterken van sociale netwerken in buurten. Dat moet lokaal gebeuren. Ook vanuit het Gezond en Actief Leven Akkoord hebben gemeenten de opdracht de sociale basis te versterken en in 2024 een beleidsvisie op de sociale basis te ontwik-

⁷⁶ Bestuurlijke afspraken bij Nationaal Actieplan Dakloosheid | Publicatie | Rijksverheid.nl

⁷⁷ Gezond en Actief Leven Akkoord.

kelen met aandacht voor een gebiedsgerichte uitvoering. Daarbij gaat het onder meer over sociale samenhang of samenlevingsopbouw, het tegengaan van eenzaamheid en ondersteuning van vrijwilligerswerk en professionals in het sociaal domein. Het is belangrijk dat gemeenten al vroeg in dat beleidsproces in gesprek gaan met inwoners, sociaal professionals en sociaal werkorganisaties.

Verder wordt vanuit de Werkplaatsen Sociaal Domein de ontwikkeling van het versterken van de sociale basis ondersteund. Dit zijn 15 samenwerkingsverbanden van Hogescholen, zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten en cliëntenorganisaties die samen uitvoering geven aan een werkprogramma en kennisagenda. Voor de uitvoering van het werkprogramma leveren hogescholen, praktijkpartners en het Ministerie van VWS de middelen. De uitkomsten werken door in de praktijken van de betrokken aanbieders en in beleid van gemeenten.

Vraag 417

inzichtelijk gemaakt worden hoeveel gezinnen met meerdere complexe problemen geen vast aanspreekpunt hebben, vanuit Jeugdzorg of andere zorgverlener, die helpt om problemen op te lossen?

Antwoord:

We hebben hierover geen cijfers beschikbaar. Het is wel belangrijk dat inwoners met domein overstijgende problemen een dergelijk vast aanspreekpunt hebben. Dit kan georganiseerd worden binnen een lokaal team. In de Hervormingsagenda Jeugd zijn afspraken gemaakt over de inrichting van deze stevige lokale teams (0–100; Jeugd en Wmo) die met goed opgeleide professionals, generalistisch, interdisciplinair en outreachend werken. Ook is het de bedoeling dat deze teams zelf hulp leveren, regie voeren richting andere domeinen en een vast aanspreekpunt zijn voor het gezin.

De diversiteit tussen de lokale teams is op dit moment echter nog groot. In maart jl. hebben VNG en gemeenten een richtinggevend kader «toegang, lokale teams en integrale dienstverlening» vastgesteld. Dit kader legt een basisniveau voor dienstverlening van lokale teams vast waarop inwoners in kwetsbare en complexe situaties mogen rekenen. Naast dit richtinggevend kader biedt de VNG ondersteuning aan gemeenten die hun lokale teams willen verstevigen. Het streven is eind dit jaar nog een convenant af te sluiten waarin de belangrijkste partijen die een rol spelen bij de beweging richting stevige lokale teams, vastleggen wat ze van elkaar mogen verwachten.

Vraag 418

Hoeveel gezinnen hebben op dit moment hulp nodig in de zorg voor kinderen en jongeren?

Antwoord:

Er zijn geen landelijke cijfers beschikbaar over het aantal huishoudens met jeugdzorg. Wel is bekend hoeveel jongeren er zijn met jeugdzorg. De voorlopige cijfers van het CBS laten zien dat er in 2023 478.660 jeugdigen waren met jeugdzorg.

Vraag 419

Hoeveel kopgezinnen zijn er? Binnen hoeveel van deze gezinnen wordt het programma «Nu niet zwanger» ingezet?

Antwoord:

KOPP/KOV staat voor Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) en Kinderen van ouders met een verslaving (KOV). Het kan gaan om één of beide ouders in een gezin. Uit de NEMESIS-3 studie (de landelijke longitudinaal studie naar psychische gezondheid van volwassen Nederlanders) die in 2023 is uitgevoerd door Trimbos blijkt dat er naar schatting:

- 506.000 ouders met een psychische aandoening en/of verslaving met thuiswonende kinderen in de leeftijd tot en met 12 jaar zijn; en
- 671.000 ouders met een psychische aandoening en/of verslaving met thuiswonende kinderen in de leeftijd tot en met 17 jaar^{78, 79}.

Het programma Nu Niet Zwanger bespreekt kinderwens en richt zich op mensen in kwetsbare omstandigheden. Het aantal gemeenten dat het programma Nu Niet Zwanger uitvoert, is het afgelopen anderhalf jaar gegroeid met ruim 20%, naar 285 gemeenten in totaal. Ook later in 2024 zullen nog nieuwe gemeenten aansluiten. Er zijn geen landelijke gegevens beschikbaar over het aantal KOPP/KOV-gezinnen waarbij Nu Niet Zwangers is ingezet omdat dit niet wordt geregistreerd.

Vraag 420

Hoeveel onafhankelijke indicaties moeten er jaarlijks worden afgegeven voor niet-gecontracteerde zorg? Zijn er voldoende wijkverpleegkundigen om deze indicaties te verzorgen?

Antwoord:

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg werkt samen met veldpartijen de maatregel uit. Hierbij wordt de praktische uitvoerbaarheid meegenomen, waaronder de hoeveelheid onafhankelijke indicatiestellingen en of er voldoende wijkverpleegkundigen zijn om deze indicaties te verzorgen.

Vraag 421

In hoeverre vergroot de onafhankelijke indicatiestelling in de wijkverpleging de werkdruk van gecontracteerde aanbieders alsmede de administratieve lasten?

Antwoord:

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg werkt samen met veldpartijen de maatregel uit. De werkdruk en de administratieve lasten worden daarin meegenomen.

Vraag 422

Is de Minister van plan om de onafhankelijke indicatiestelling ook toe te passen op niet-gecontracteerde ggz?

Antwoord:

De invoering van de onafhankelijke indicatiestelling richt zich op de ongecontracteerde wijkverpleging. Er is geen voornemen om onafhankelijke indicatiestelling ook toe te passen op de niet-gecontracteerde ggz.

Vraag 423

In de begroting VWS wordt vermeld dat de huidige opbrengsten van het Hoofdlijnenakkoord (HLA) voor de curatieve zorg vanaf 2028 oplopen met een extra € 590 miljoen euro per jaar. Betreft deze extra ombuiging uitsluitend de curatieve zorg (Zvw)? Op welke maatregelen zijn deze extra opbrengsten gebaseerd?

Antwoord:

Bij de opbrengst van deze maatregel is uitgegaan van de voortzetting van het IZA-akkoord dat is afgesloten voor de jaren 2023 t/m 2026. In dat akkoord zijn voor 2026 groeipercentages afgesproken voor de vijf sectoren die onder het akkoord vallen (Medisch Specialistische Zorg, Huisartsenzorg, Multidisciplinaire zorg, Geestelijke Gezondheidszorg en Wijkverpleging). De opbrengst van deze maatregel is bepaald als het verschil tussen de geraamde uitgaven bij beleidsarme volumegroei op basis van de raming van het CPB (CEP 2024) en de geraamde uitgaven bij

⁷⁸ Het gaat hierbij om stemmingsstoornissen, angststoornissen, ADHD of een alcohol- of drugsstoornis en over een gediagnosticeerde psychische aandoening.

⁷⁹ van Dorsselaer, S., Ramaker, V., ten Have, M., de Gee, A. KOPP/KOV: Feiten en cijfers. Landelijke omvang KOPP/KOV-groep. Trimbos-instituut, Utrecht

het voortzetten van de groeipercentages uit 2026. Hierbij is rekening gehouden met de oploop van door vorige kabinetten ingeboekte maatregelen. Daarmee doet de berekende opbrengst van de maatregel zich in het geheel voor bij de genoemde Zvw-sectoren. De wijze waarop de besparing wordt bereikt is onderdeel van de afspraken bij verlenging van de bestuurlijke afspraken.

Vraag 424

Is de begroting WLZ-kader op de NZa prognose gebaseerd of op de ZN prognose? Wat is hierbij de grootte van herverdelingsmiddelen voor 2025?

Antwoord:

De Staatssecretaris LMZ stelt jaarlijks het Wlz-kader vast. De beoordeling van de toereikendheid van het Wlz-kader voor het lopende jaar gebeurt op basis van de prognoses van de NZa uit de februaribrief en jubibrief. De NZa consulteert bij het opstellen van haar brieven de zorgkantoren en weegt daarbij dus de meest recente ZN-prognose mee in haar analyse. Via de definitieve kaderbrief Wlz 2025 heeft de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg de groeirimte voor 2025 bekend gemaakt. Deze bedraagt € 1.197 miljoen, waarvan een bedrag van € 360 miljoen is gereserveerd als herverdeelmiddelen.

Vraag 425

Per wanneer wordt er € 600 miljoen ingezet voor meer verpleeghuisplekken? Is dit een structurele of eenmalige investering? Wordt bij deze extra investering weer vanuit de ZN-prognose uitgegaan? Zo ja, wat is de redenering hierachter?

Antwoord:

Het bedrag van € 600 mln. is gereserveerd vanaf het jaar 2027 en heeft een structureel karakter.

In het regeerprogramma is aangegeven dat in 2025 wordt bezien hoe de investering van 600 miljoen voor betere ouderenzorg voor bijvoorbeeld zorg-/verpleegplekken wordt ingezet. Daarbij zal ook de terugkeer van de verzorgingshuizen (een gezamenlijk huis met toezicht in de nacht) worden onderzocht. De nadere invulling is nu nog niet bekend. Er is daarbij geen directe relatie met de activiteiten van ZN met betrekking tot het aantal verpleeghuisplaatsen.

Vraag 426

Hoe wordt met de aangekondigde samenhangende, effectieve preventiestrategie – ondanks de voorgenomen bezuinigingen op preventie – een Gezonde Generatie in 2040 behaald?

Antwoord:

Het kabinet houdt vast aan de ambitie van een gezonde generatie in 2040 zoals dat onder meer breed is omarmd in het Nationaal Preventieakkoord. Er wordt door het kabinet een samenhangende preventiestrategie uitgewerkt. In deze strategie wordt ingegaan op de doelstellingen van het preventiebeleid en de inzet om deze te bereiken. Hierbij zal rekening worden gehouden met de uitwerking van de subsidietaakstelling.

Vraag 427

Hoeveel jeugdigen verblijven momenteel in de gesloten jeugdzorg?

Antwoord:

Er verblijven 467 jeugdigen in de gesloten jeugdhulp.⁸⁰ Dit is het meest recente cijfer waarover we beschikken.

Vraag 428

Hoeveel gesloten jeugdzorgplekken zijn er momenteel in Nederland?

⁸⁰ Monitor JeugdzorgPlus, peildatum 31 maart 2024 | Rapport | Jeugdautoriteit

Antwoord:

Er zijn momenteel 575 plaatsen gesloten jeugdhulp in Nederland.⁸¹

Vraag 429

Hoeveel jeugdigen staan er op een wachtlijst voor de gesloten jeugdzorg?

Antwoord:

Het is niet bekend of en hoeveel jeugdigen op een wachtlijst staan voor de gesloten jeugdhulp. Plaatsing in de gesloten jeugdhulp vindt plaats op basis van een machtiging gesloten jeugdhulp. Die geeft een rechter af omdat opnemings- en verblijfsnoodzakelijk is om te voorkomen dat jeugdige zich onttrekt of onttrokken wordt aan de jeugdhulp die noodzakelijk is in verband met ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen.

Vraag 430

Wat is het alternatief voor jongeren die in aanmerking komen voor gesloten jeugdzorg wanneer de gesloten jeugdzorg vanaf 2030 is verdwenen?

Antwoord:

Het alternatief voor gesloten jeugdhulp moet jeugdigen die dat nodig hebben de bescherming en veiligheid bieden die nodig is voor hun behandeling. Bij voorkeur is dat regionaal en kleinschalig georganiseerd en met zo min mogelijk gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen. Alternatieven zijn: kleinschalig gesloten, open residentieel, ambulante, intensieve dagbehandeling of pleegzorg plekken.

Vraag 431

Wordt er eerst overgegaan op een gedragen alternatief (d.m.v. pilots) alvorens de gesloten jeugdzorg definitief verdwijnt?

Antwoord:

Het alternatief voor de gesloten jeugdhulp moet passend zijn voor jongeren die nu gesloten worden geplaatst en die veiligheid en bescherming nodig hebben. Dat vraagt een zorgvuldige opbouw van alternatieven. Gemeenten en aanbieders kunnen daarvoor gebruik maken van de Regionale Expertise Teams (RET's) en de Bovenregionale Expertisenetwerken (Bens). Ook komen ter ondersteuning landelijke zorginhoudelijke kaders om te voorkomen dat iedere organisatie dit zelf moet ontwikkelen. In het Consortium Kleinschaligheid in de jeugdhulp werken instellingen, onderzoekers en ervaringsdeskundigen samen om de beweging richting kleinschalige alternatieven voor de gesloten jeugdhulp zo goed mogelijk vorm te geven.

Vraag 432

Betekent de afstemming van zorgwetten op elkaar, dat ook wordt ingezet op eenvoudigere en toegankelijke regels?

Antwoord:

Daar waar het eenvoudiger en toegankelijker kan zal de Minister van VWS hier zeker op inzetten.

Vraag 433

Wat is het verschil tussen de samenhangende effectieve preventiestrategie waar ook mentale gezondheid onder valt en de werkagenda mentale gezondheid en ggz?

Antwoord:

De ambitie van een samenhangende effectieve preventiestrategie is een gezonde generatie in 2040. Vanzelfsprekend wordt onder het doel van een gezonde generatie ook verstaan een goede mentale gezondheid.

⁸¹ Monitor JeugdzorgPlus, peildatum 31 maart 2024 | Rapport | Jeugdautoriteit

De werkagenda mentale gezondheid en ggz die in 2025 gepresenteerd wordt is een samenhangende aanpak, van preventie tot zorg specifiek op het gebied van mentale gezondheid en ggz.

Beide trajecten zijn nog in ontwikkeling en worden nader uitgewerkt.

Vraag 434

Er komt een actieplan met een focus op jongeren om onder andere het vpen terug te dringen, welke middelen worden hiervoor uitgetrokken?

Antwoord:

Het actieplan is nog in ontwikkeling. Een campagne zal in ieder geval onderdeel zijn van het plan. Hiervoor is in 2025 ruim € 1,5 miljoen beschikbaar.

Vraag 435

Waar staan de extra middelen gereserveerd om de aangekondigde samenhangende preventiestrategie te ontwikkelen en tot uitvoering te brengen?

Antwoord:

Er zijn geen extra middelen gereserveerd. De samenhangende preventiestrategie zal binnen de budgettaire kaders worden uitgewerkt.

Vraag 436

Kunt u verder ingaan op de ontwikkeling van een investeringsmodel voor preventie, hoe zou zo'n model eruit moeten zien?

Antwoord:

In het Regeerprogramma 2025–2028 en in de beleidsagenda VWS 2025 is opgenomen dat het kabinet gaat werken aan een investeringsmodel voor preventie. In dit te ontwikkelen investeringsmodel voor preventie worden de kostenbesparingen die over de tijd worden gerealiseerd binnen het betreffende beleidsterrein gebruikt voor de financiering van preventieve maatregelen. Binnen dit model worden de risico's tussen betrokken partijen duidelijk in kaart gebracht en effectief gespreid, zodat financiële en maatschappelijke voordelen evenwichtig kunnen worden benut. Op dit moment vragen investeringen in preventie elke keer aparte besluitvorming, omdat er geen automatische financiering van gezondheidsmaatregelen bestaat, ook niet als het kosteneffectief is of kosten bespaart in de zorg.

Het inzicht dat dit model ons geeft helpt om gezondheid mee te wegen bij de besluitvorming over de inzet en wijze van financiering en bekostiging van de betreffende maatregelen/aanpak. Het model is belangrijk voor inzicht in effect van maatregelen in én buiten het zorgdomein en daarmee ook voor medische preventie. Het geldt voor maatregelen die gezondheidswinst tot doel hebben en voor maatregelen die mogelijk ook een financiële opbrengst hebben. Na de ontwikkeling van het model vindt besluitvorming plaats over de eventuele toepassing van dit model. De Minister van VWS en de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport sturen u voorafgaand aan de begrotingsbehandeling een brief met meer informatie over de ontwikkeling van dit investeringsmodel.

In de Kamerbrief van 25 april 2024⁸² is toegelicht welke mogelijkheden er zijn voor het realiseren van financiële dekking voor vaccinaties en bevolkingsonderzoeken met een positief Gezondheidsraadadvies. Budgettaire inpasbaarheid is niet vanzelfsprekend. Het kabinet heeft nog niet besloten over de alternatieven die daarvoor worden beschreven in de genoemde Kamerbrief.

Vraag 437

⁸² Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 748

Betekent de afstemming van zorgwetten op elkaar, dat ook wordt ingezet op eenvoudigere en toegankelijker regels?

Antwoord:

Daar waar het eenvoudiger en toegankelijker kan zal de Minister van VWS hier zeker op inzetten.

Vraag 438

In de begroting staat dat er afspraken met gemeenten worden gemaakt over de inzet van bewezen effectieve maatregelen, zoals valpreventie, kansrijke start en het bevorderen van seksuele gezondheid. Toch worden projectsubsidies kansrijke start vanaf 2026 gestopt, hoe wordt gerealiseerd dat deze drie projecten doorgaan?

Antwoord:

Voor Kansrijke Start zijn structurele middelen beschikbaar. Het gaat in totaal om een bedrag van € 23 miljoen. Er gaat een oplopende reeks naar gemeenten om ervoor te zorgen dat in alle gemeenten van Nederland wordt ingezet op een Kansrijke Start. In 2025 is hiervoor € 16 miljoen beschikbaar en is 2026 € 20 miljoen. Deze middelen worden via de brede SPUK behorende bij het GALA beschikbaar gesteld aan gemeenten. De resterende middelen worden in een aflopende reeks ingezet voor programma-uitvoering van het landelijke actieprogramma Kansrijke Start. In 2025 gaat het om ongeveer € 6 miljoen. Hiervan wordt onder andere ondersteuning van gemeenten door Pharos gefinancierd, de landelijke uitrol van Nu Niet Zwanger, monitoring en evaluatie, de inrichting van een leerinfrastructuur. Het landelijk actieprogramma loopt tot eind 2025. In het regeerprogramma is opgenomen dat er afspraken worden gemaakt met gemeenten over de inzet van bewezen effectieve maatregelen, zoals Kansrijke Start. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport gaat hierover in gesprek met gemeenten. Daarnaast beziet de Staatssecretaris in overleg met betrokken partijen wat er na 2025 nodig is aan landelijke ondersteuning. De Staatssecretaris zal uw Kamer te zijner tijd hierover informeren.

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering. Dit geldt ook voor de specifieke uitkering Brede-SPUK regeling. De korting van 10% op de middelen voor Kansrijke Start die deel uitmaken van de Brede Spuk-regeling is voor 2027 e.v. verwerkt in de beleidsbudgetten.

Vraag 439

Hoeveel budget komt er beschikbaar voor alternatieven voor de gesloten jeugdzorg?

Antwoord:

Met de Hervormingsagenda zijn voor de meerkosten van kleinschalige voorzieningen reeds aanvullende structurele middelen (€ 74 miljoen) beschikbaar gesteld. In het kader van het voorkomen en verkorten van residentieel verblijf, en meer specifiek gesloten jeugdhulp, is daarnaast een besparing opgenomen in de Hervormingsagenda, ervanuit gaande dat alternatieve, meer passende zorg voor deze doelgroep tot een besparing leidt.

Rijk, Jeugdzorg Nederland en de VNG hebben afgesproken de structurele financiële effecten die gepaard gaan met de transformatie, zoals die nu voor de gesloten jeugdhulp is beoogd, in beeld te brengen. Het onderzoek hiernaar wordt naar verwachting in Q1 2025 opgeleverd, waarna deze

wordt betrokken bij het bestuurlijk overleg tussen VNG, Jeugdzorg Nederland en Rijk.

Voor de opbouw van alternatieven kunnen gemeenten de aanstaande regeling frictiekosten transformatie gesloten jeugdhulp (€ 180 miljoen) ook inzetten.

Vraag 440

Betekent het beter afstemmen van zorgwetten op elkaar, dat ook wordt ingezet op eenvoudigere en toegankelijke regels?

Antwoord:

Daar waar het eenvoudiger en toegankelijker kan zal de Minister van VWS hier zeker op inzetten.

Vraag 441

Het kabinet ziet het belang van de Kansrijke Start, in dit programma is er speciale aandacht voor het bevorderen en behouden van de fysieke en mentale gezondheid vanaf het prille begin, de eerste 1.000 dagen, waarbij speciale aandacht uitgaat naar mensen in kwetsbare situaties. Hiervoor is € 4,4 miljoen beschikbaar in 2025 en maar € 2 miljoen beschikbaar voor de vervolgaanpak, en de financiering na 2025 lijkt op te houden. Waarom worden de middelen in 2025 gehalveerd?

Antwoord:

Voor Kansrijke Start zijn structurele middelen beschikbaar. Het gaat in totaal om een bedrag van € 23 miljoen. Er gaat een oplopende reeks naar gemeenten om ervoor te zorgen dat in alle gemeenten van Nederland wordt ingezet op een Kansrijke Start. In 2025 is hiervoor € 16 miljoen beschikbaar en in 2.026 jaar € 20 miljoen. Deze middelen worden via de brede SPUK behorende bij het GALA beschikbaar gesteld aan gemeenten. De resterende middelen worden in een aflopende reeks ingezet voor programma-uitvoering van het landelijke actieprogramma Kansrijke Start. In 2025 gaat het om ongeveer € 6 miljoen. Hiervan wordt onder andere ondersteuning van gemeenten door Pharos gefinancierd, de landelijke uitrol van Nu Niet Zwanger, monitoring en evaluatie, de inrichting van een leerinfrastructuur. Het landelijk actieprogramma loopt tot eind 2025. In het regeerprogramma is opgenomen dat er afspraken worden gemaakt met gemeenten over de inzet van bewezen effectieve maatregelen, zoals Kansrijke Start. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport gaat hierover in gesprek met gemeenten. Daarnaast beziet de Staatssecretaris in overleg met betrokken partijen wat er na 2025 nodig is aan landelijke ondersteuning. De Staatssecretaris zal uw Kamer te zijner tijd hierover informeren.

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering. Dit geldt ook voor de specifieke uitkering Brede-SPUK regeling. De korting van 10% op de middelen voor Kansrijke Start die deel uitmaken van de Brede-SPUK regeling is voor 2027 e.v. verwerkt in de beleidsbudgetten.

Vraag 442

Hoeveel budget is er beschikbaar voor de handhaving van leefstijl gerelateerde wetgeving (alcohol, roken, voeding)? Kunt u tevens aangeven hoe hoog deze budgetten afgelopen 4 jaar waren en de komende 4 jaar zijn?

Antwoord:

Voor de jaarplannen 2021, 2022, 2023 en 2024 was respectievelijk 49, 51, 57 en 68 mln. euro beschikbaar voor toezicht op leefstijl gerelateerde onderwerpen. Deze middelen maken onderdeel uit van de totale opdracht van VWS aan de NVWA. Voor de komende jaren is nog niet duidelijk welk deel van deze middelen voor deze leefstijl onderwerpen beschikbaar zijn. Dit is o.a. afhankelijk van de koers die op deze onderwerpen zal worden gekozen.

Vraag 443

Dit kabinet komt met een samenhangende effectieve preventiestrategie. Wat betekent dit voor het Nationaal Preventie Akkoord dat verschillende partijen in 2018 met elkaar afsloten? Wat is de planning van de totstandkoming van deze strategie, met welke partijen wordt hierover gesproken en welke middelen zijn hiervoor gereserveerd?

Antwoord:

Het kabinet houdt vast aan de ambitie van een gezonde generatie in 2040 zoals dat onder meer breed is omarmd in het Nationaal Preventieakkoord. Er wordt door het kabinet een samenhangende preventiestrategie uitgewerkt. In deze strategie wordt ingegaan op de doelstellingen van het preventiebeleid en de inzet om deze te bereiken. Bij de uitwerking zal vanzelfsprekend ook gesproken worden met de partijen die het Nationaal Preventie Akkoord hebben ondertekend en zich aan de ambities van een gezonde generatie hebben gecommitteerd. Over de samenhangende, effectieve preventiestrategie en de beschikbare middelen zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport uw Kamer in het eerste kwartaal van 2025 informeren.

Vraag 444

In de begroting staat «Mensen raken verdwaald tussen zorgklokken die naar elkaar wijzen voor vergoeding. Het kabinet zorgt ervoor dat zorgwetten beter op elkaar worden afgestemd en daar waar doorrekeningen aantonen dat het goedkoper en efficiënter kan, worden voorbereidingen getroffen om ze ook samen te voegen.» Betekent de afstemming van zorgwetten op elkaar, dat ook wordt ingezet op eenvoudigere en toegankelijker regels? Op welke wijze wordt het veld hierbij betrokken, zowel binnen als buiten de zorg?

Antwoord:

Daar waar doorrekeningen aantonen dat het eenvoudiger en toegankelijker kan, zal de Minister hier zeker op inzetten. Het ligt voor de hand daar de Regiegroep Aanpak Regeldruk bij te betrekken, hierin zijn alle IZA partijen vertegenwoordigd.

Vraag 445

Hoeveel kinderen en jongeren maken op dit moment gebruik van specialistische jeugdzorg? Hoeveel hiervan is ongecontracteerd?

Antwoord:

De voorlopige cijfers van het CBS laten zien dat er in 2023 478.660 jongeren waren met jeugdzorg. Er zijn geen landelijke cijfers over ongecontracteerde zorg. Dit houden gemeenten zelf bij.

Vraag 446

Wat is uw definitie van specialistische jeugdhulp?

Antwoord:

In het wetsvoorstel Verbetering beschikbaarheid jeugdzorg wordt «specialistische jeugdhulp» gedefinieerd door:

- de schaarste van de vraag;
- de complexiteit van de problematiek in combinatie met de daarvoor benodigde multidisciplinaire specialistische expertise;
- de schaarste van het aanbod; of

- het volume dat een jeugdhulpaanbieder nodig heeft om verantwoorde jeugdhulp te kunnen leveren of een gezonde bedrijfsvoering te kunnen voeren.

Deze criteria bepalen wanneer regionale samenwerking vereist is. In het wetsvoorstel wordt geregeld dat gemeenten, naast jeugdbescherming en jeugdreclassering, ook bij amvb aan te wijzen vormen van specialistische jeugdhulp regionaal inkopen. In het besluit Verbetering beschikbaarheid jeugdzorg wordt verder uitgewerkt welke vormen van jeugdzorg het concreet betreft.

Vraag 447

Hoeveel kinderen en jongeren zitten er op dit moment nog in de gesloten jeugdzorg?

Antwoord:

Er verblijven 467 jeugdigen in de gesloten jeugdhulp.⁸³ Dit is het meest recente cijfer waarover we beschikken.

Vraag 448

Hoeveel jongeren vaperen?

Antwoord:

Uit het laatste Peilstationsonderzoek blijkt dat in 2023 een kwart (24,6%) van de scholieren van 12 t/m 16 jaar ooit een vape heeft gebruikt. Van deze scholieren heeft 14,3% in de laatste maand een vape gebruikt en 4,0% deed dat dagelijks.

Vraag 449

Wat is de stand van zaken van het investeringsmodel voor preventie?

Hoeveel bewezen effectieve preventie maatregelen zijn er al?

Antwoord:

In het Regeerprogramma 2025–2028 en in de beleidsagenda VWS 2025 is opgenomen dat het kabinet gaat werken aan een investeringsmodel voor preventie. In dit te ontwikkelen investeringsmodel voor preventie worden de kostenbesparingen die over de tijd worden gerealiseerd binnen het betreffende beleidsterrein gebruikt voor de financiering van preventieve maatregelen. Binnen dit model worden de risico's tussen betrokken partijen duidelijk in kaart gebracht en effectief gespreid, zodat financiële en maatschappelijke voordelen evenwichtig kunnen worden benut. Op dit moment vragen investeringen in preventie elke keer aparte besluitvorming, omdat er geen automatische financiering van gezondheidsmaatregelen bestaat, ook niet als het kosteneffectief is of kosten bespaart in de zorg. Het inzicht dat dit model ons geeft helpt om gezondheid mee te wegen bij de besluitvorming over de inzet en wijze van financiering en bekostiging van de betreffende maatregelen/aanpak.

Het model is belangrijk voor inzicht in effect van maatregelen in én buiten het zorgdomein en daarmee ook voor medische preventie. Het geldt voor maatregelen die gezondheidswinst tot doel hebben en voor maatregelen die mogelijk ook een financiële opbrengst hebben. Na de ontwikkeling van het model vindt besluitvorming plaats over de eventuele toepassing van dit model. De Minister van VWS en de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport sturen u voorafgaand aan de begrotingsbehandeling een brief met meer informatie over de ontwikkeling van dit investeringsmodel.

Vraag 450

Waarom is er geen budget begroot voor de samenhangende en effectieve preventiestrategie? Hoe wordt hier beleidsmatig en budgettair vorm aan gegeven?

Antwoord:

⁸³ Monitor JeugdzorgPlus, peildatum 31 maart 2024 | Rapport | Jeugdautoriteit

De samenhangende en effectieve preventiestrategie wordt uitgewerkt binnen bestaande budgettaire kaders. Uw kamer wordt voor de begrotingsbehandeling geïnformeerd over het beschikbare budget voor preventie op de VWS begroting. Over de hoofdlijnen van de inzet van de middelen voor de samenhangende, effectieve preventiestrategie zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport uw Kamer in het eerste kwartaal van 2025 informeren.

Vraag 451

Wat is uw visie op de proportionaliteit als het gaat om marketing van ongezonde producten gericht op kinderen en jongeren?

Antwoord:

In het regeerprogramma is aangegeven dat we de marketing van ongezonde producten gericht op kinderen en jongeren tegen willen gaan, rekening houdend met de proportionaliteit van (met name) de wettelijke maatregelen voor de betrokken partijen, waaronder de regeldruk voor ondernemers. Het kabinet toetst bij het maken van nieuwe regelgeving op proportionaliteit, zo ook bij de verdere uitwerking van het wetsvoorstel ten aanzien van marketing van ongezonde voeding gericht op kinderen.

Vraag 452

Hoe wordt de gezondheidswinst bij het aanbieden van het pneumokokkenvaccin berekend?

Antwoord:

Bij het berekenen van de gezondheidswinst van een vaccinatie, zoals pneumokokken, wordt – afhankelijk van de beschikbare data – onder meer gekeken naar de ziektelast, de effectiviteit en beschermingsduur van het beschikbare vaccin/de beschikbare vaccins en de mogelijke vaccinatiestrategieën. Voor een beschrijving van de gezondheidswinst aangaande het pneumokokkenvaccin verwijs ik naar het advies van de Gezondheidsraad van 20 juni 2023 (Bijlage bij Kamerstukken II 2022/23, 32 793, nr. 695).

Vraag 453

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van de gordelroosvaccinatie, aangezien het vorige kabinet dit aan het nieuwe kabinet heeft overgelaten?

Antwoord:

Er is op dit moment binnen artikel 1 van de begroting van VWS, waar deze uitgaven onder vallen, geen ruimte voor deze uitgaven.

Vraag 454

Wanneer zou uitvoeringstechnisch op zijn vroegst gestart kunnen worden met implementatie van de gordelroosvaccinatie, nadat hiervoor budget beschikbaar komt?

Antwoord:

Zodra financiële middelen beschikbaar zijn dienen verschillende zaken geregeld te worden voordat vaccinaties daadwerkelijk kunnen worden toegediend. De belangrijkste zaken hierbij zijn de aanschaf van vaccins (door middel van een aanbesteding) en het opstellen en uitvoeren van een implementatieplan. Bij dit laatste hoort ook het vinden van een geschikte uitvoerder. Het is belangrijk dat dit zorgvuldig gebeurt en daar is tijd voor nodig. Indien middelen beschikbaar komen bij de begrotingsbehandeling is starten met vaccineren vóór 2027 niet realistisch.

Vraag 455

Hoe snel kan een vaccinatie uitgerold worden na het besluit tot aanbidding?

Antwoord:

Dit verschilt per vaccinatie. Voor elke (nieuwe) vaccinatie geldt dat verschillende zaken geregeld moeten worden na een besluit om een

Gezondheidsraadadvies over te nemen. Dit betreft onder meer de aanschaf van de vaccins (door middel van een aanbesteding) en het maken en uitvoeren van een implementatieplan. Bij dit laatste moet bijvoorbeeld gedacht worden aan het vinden van een geschikte uitvoerder, publiekscommunicatie en deskundigheidsbevordering van de betrokken professionals. Het is belangrijk dat dit zorgvuldig gebeurt en dat kost tijd.

Ter illustratie, voor de vaccinatie die het meest recent is toegevoegd aan het Rijksvaccinatieprogramma, de vaccinatie tegen het rotavirus, geldt dat het besluit om de vaccinatie aan te bieden is genomen in september 2022 en dat de eerste zuigelingen deze vaccinatie ontvingen in februari 2024.

Vraag 456

Welke rol speelt de apotheek bij het vaccinatiebeleid en het verhogen van het vertrouwen in vaccinaties?

Antwoord:

Er is op dit moment geen rol voor apotheken bij de uitvoering van het vaccinatiebeleid.

Vraag 457

Wordt er bij de aanpak van de dalende vaccinatiegraad ook gekeken naar pilots die gemeenten opstarten zoals in Den Haag (Primeur in Den Haag: verloskundige vaccineert zwangere vrouwen tegen kinkhoest (nos.nl))?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS kijkt met belangstelling naar de resultaten van de pilots. Samenwerkingen zoals die tussen de Verloskundigen Zorggroep Haaglanden, GGD Haaglanden en de gemeente worden door het kabinet aangemoedigd. Het RIVM volgt lokale initiatieven zoals deze en andere van bijvoorbeeld de JGZ en de G4. Het RIVM wil deze initiatieven faciliteren door te helpen evalueren (via SocioVax), aansluiten met communicatie en andere zaken die wenselijk worden bevonden door de ketenpartners.

Vraag 458

Hoeveel meldingen van integriteitsschending zijn er binnen de sport?

Antwoord:

Uit opgave van het Centrum Veilige Sport Nederland (CVSN) blijkt dat er in 2023 bij het CVSN zelf en bij de sportbonden 1264 meldingen zijn gedaan. Er zijn nog geen cijfers over 2024 bekend.

Vraag 459

Hoeveel mensen sporten en bewegen er? Hoeveel groepen zijn er bekend die minder sporten en bewegen? Hoe gaat u deze groepen bereiken?

Antwoord:

Een overzicht van de kerncijfers van sport- en beweegdeelname is te vinden via www.sportenbewegenincijfers.nl. Daar worden ook de twintig kernindicatoren van sport- en bewegen gepresenteerd. Omdat de vraag hoeveel mensen sporten en bewegen op verschillende manieren beantwoord kunnen worden, vindt u hierbij de drie meest relevante kernindicatoren:

- 56 procent van de Nederlanders (4 jaar en ouder) sport minimaal wekelijks;
- 71 procent van de Nederlanders (6 jaar en ouder) sport minimaal maandelijks;
- 45 procent van de Nederlanders (4 jaar en ouder) voldeed aan de beweegrichtlijnen.

Voor wekelijkse en maandelijks sportdeelname en voor het voldoen aan de beweegrichtlijn geldt dat ouderen, praktisch opgeleiden, mensen met

een handicap en/of langdurige aandoening, mensen met een migratieachtergrond en mensen met een lager inkomen relatief laag scoren.

Zowel in het Sportakkoord II als in het Actieplan «Nederland Beweegt» is volop aandacht om deze groepen te bereiken en kansen te bieden om te sporten en bewegen. In samenwerking met de partners blijft de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zich inzetten dat sport voor iedereen toegankelijk moet zijn.

Vraag 460

Hoeveel wordt er gebruik gemaakt van de BOSA-regeling? Hoeveel aanvragen zijn er afgewezen?

Antwoord:

De totale instroom aan aanvragen voor de Subsidieregeling Bouw en onderhoud sportaccommodaties in 2024 (1 januari–31 juli 2024) is 3.485, met een aanvraagwaarde van € 113 miljoen. Dit gaat zowel om aanvragen voor bouw, onderhoud en materiaal als om aanvragen in het kader van verduurzamingsmaatregelen. Hiervan is ongeveer € 39 miljoen aangevraagd voor aanvullende maatregelen (energiebesparing, toegankelijkheid, circulariteit en klimaatadaptatie) en ongeveer € 74 miljoen voor algemene maatregelen. Nog niet alle in 2024 ingestroomde aanvragen zijn beoordeeld. Er zijn nog geen aanvragen afgewezen vanwege overschrijding van het subsidieplafond. Wel is de verwachting dat niet alle in 2024 ingediende aanvragen kunnen worden toegekend.

Vraag 461

Aan welke onderwerpen, naast vaccinaties, denkt het kabinet nog meer bij het tegengaan van onjuiste medische informatie?

Antwoord:

Uit een recente enquête van de NOS en artsenfederatie KNMG blijkt dat vaccinaties, medicatie, voedingssupplementen, allergieën en anticonceptie de meest voorkomende onderwerpen van desinformatie zijn die in de spreekkamer aan bod komen.

Vraag 462

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van de gordelroosvaccinatie?

Antwoord:

Er is op dit moment binnen artikel 1 van de begroting van VWS, waar deze uitgaven onder vallen, geen ruimte voor deze uitgaven.

Vraag 463

Zal de werkagenda mentale gezondheid en ggz die gepresenteerd wordt in 2025 ook een financiële component hebben? Wordt er geld uitgetrokken om de werkagenda te financieren? Zo ja hoeveel en voor hoeveel jaar?

Antwoord:

De werkagenda mentale gezondheid en ggz bevat een samenhangende aanpak, van preventie tot zorg. De aanpak van wachtlijsten en de toegankelijkheid van cruciale zorg voor mensen met een ernstige, meervoudige psychiatrische aandoening, waar in het Integraal Zorgakkoord afspraken over zijn gemaakt, zullen hier ook onderdeel van uitmaken. Deze agenda draagt bij aan een betere mentale gezondheid, weerbaarheid en passende zorg en ondersteuning voor wie dat nodig heeft. Er zijn geen aanvullende middelen gereserveerd voor de werkagenda mentale gezondheid en ggz. De werkagenda mentale gezondheid en ggz dient ingepast te worden binnen de bestaande budgettaire kaders. De komende twee jaar is er wel € 30 miljoen extra in het macrokader ggz om de wachttijden in te korten.

Vraag 464

De ambitie is een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten en mentale gezondheidsnetwerken, hoe staat het met die doelstelling? Hoeveel laagdrempelige steunpunten en mentale gezondheidsnetwerken zijn er inmiddels? Is dit aantal gestegen de afgelopen jaren? Hoeveel geld is hier al voor uitgetrokken in 2023 en 2024? Hoeveel geld wordt hiervoor uitgetrokken in 2025 t/m 2029?

Antwoord:

Op dit moment houdt MIND een atlas bij met een overzicht van laagdrempelige steunpunten.⁸⁴ Hierop komen circa 180 laagdrempelige steunpunten naar voren. In oktober 2023 waren er ongeveer 120 steunpunten in beeld.⁸⁵ Om een compleet beeld te krijgen van het type en aantal laagdrempelige steunpunten en dekking over het land, wordt op dit moment een verkennend onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een extern bureau in opdracht van de IZA-werkgroep laagdrempelige steunpunten. In het onderzoek worden ook initiatieven meegenomen die potentie hebben om door te ontwikkelen tot een laagdrempelig steunpunt. Het onderzoek wordt in november van dit jaar openbaar en zal daarna naar de Tweede Kamer worden gestuurd. Voor de mentale gezondheidsnetwerken geldt dat veel regio's nu in de voorbereidende fase zijn. Het doel is dat er – in lijn met de IZA-afspraken – in 2025 in elke regio een mentaal gezondheidsnetwerk beschikbaar is. Partijen kunnen een transformatieplan indienen via zorgverzekeraars voor regionale initiatieven, waaronder laagdrempelige steunpunten en mentale gezondheidsnetwerken. Voor de uitvoering van transformatieplannen zijn IZA-transformatiemiddelen beschikbaar. Gemeenten kunnen de laagdrempelige steunpunten financieren uit de middelen die ze uit het gemeentefonds ontvangen. Aanvullend kunnen gemeenten voor de structurele financiering van laagdrempelige steunpunten in de regio's gebruik maken van de middelen uit de SPUK IZA. Er zijn geen landelijke gegevens bekend over hoeveel middelen gemeenten inzetten op de laagdrempelige steunpunten.

Voor de inzet van ggz-professionals in het verkennend gesprek – dat centraal staat binnen de mentale gezondheidsnetwerken – is er vanaf 1 januari 2025 een aparte bekostigingstitel ingeregeld. Dit betekent dat deze vorm van zorg vanaf dan vanuit het reguliere zorgbudget (macrokaders) bekostigd kan worden.

Vraag 465

Is de Minister voorstander van het principe health in all policies en zo ja, welke?

Antwoord:

Goede, toegankelijke zorg is heel belangrijk voor de gezondheid, maar bepaalt uiteindelijk maar voor een beperkt deel hoe gezond mensen zich werkelijk voelen. Zaken als bestaanszekerheid en een goed binnen- en buitenmilieu zijn cruciaal om gezond en gelukkig te kunnen leven. Daarom is de Minister van VWS zeker een voorstander van health in all policies. De Staatssecretaris JPS zal dit najaar de Kamer hier nader over informeren en daarbij uitgebreid ingaan op welke beleidsterreinen bijzonder impactvol zijn voor de gezondheid.

Vraag 466

Welke zorg binnen de ggz is ongecontracteerd? Hoeveel bureaus binnen de ggz leveren ongecontracteerde zorg?

Antwoord:

⁸⁴ www.wijzijnmind.nl/mind-atlas

⁸⁵ Landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten: Handvatten voor de regio's in het kader van realisatie van de IZA-afpraak over laagdrempelige steunpunten. Gebaseerd op gegevens van MIND Atlas en de Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel.

Het type zorg is niet bepalend voor welke zorg gecontracteerd wordt of niet. Een zorgverzekeraar is verplicht om ervoor te zorgen dat al zijn verzekerden op tijd en binnen een redelijke reisafstand de zorg krijgen die zij nodig hebben. Zorgverzekeraars kopen dus, in het geval van een natura- of combinatiepolis, zorg in om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen. Zij bepalen aan de hand van hun zorginkoopbeleid en diverse (kwaliteits)criteria zelf welke zorgaanbieders zij contacteren en houden hierbij rekening met hun verzekerdenbestand.

Wat betreft het aantal gecontracteerde aanbieders blijkt uit de Monitor contractering ggz 2022⁸⁶ van de NZa dat 73% van de instellingen aangeeft dat hun Zvw-omzet ggz voor driekwart of meer uit gecontracteerde zorg bestond. 53% van de vrijgevestigde zorgaanbieders was voor driekwart of meer gecontracteerd. 26% van de vrijgevestigde respondenten en 8% van de instellingen werkte in 2022 volledig ongecontracteerd. Uit recente evaluaties van de NZa blijkt dat de contracteergraad in de ggz sinds 2022 omhoog is gegaan. Er zijn echter geen exacte cijfers beschikbaar.

Vraag 467

Wat verstaat u onder cruciale ggz?

Antwoord:

De werkdefinitie van cruciale ggz die in de regio's wordt gebruikt bij het in kaart brengen van zorgvraag en de cruciale zorgnetwerken is: «Ggz met een hoge logistiek (zorgaanbod) en een inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij cliënten/patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is.» (<https://www.dejuistezorgopdejuistestepke.nl/actueel/nieuws/handreiking-cruciale-ggz-voor-het-goede-gesprek-en-inventarisatie/>).

Cruciale ggz gaat dus om de zorgvraag van mensen die ernstig lijden, die niet in hokjes te stoppen zijn of een vastomlijnd aanbod volgen. Mensen lijden niet alleen aan een psychische aandoening, maar vaak van meerdere aandoeningen of aan een combinatie van psychisch lijden en andere problematiek, zoals schulden, gebrek aan huisvesting of eenzaamheid. Ook kent de zorg voor deze patiënten vaak een onvoorspelbaar beloop. Welk zorgaanbod cruciaal is, kan per regio verschillen, omdat de zorgvraag ook per regio verschilt. Er zijn wel zes clusters van zorgaanbod die tot cruciale ggz kunnen worden gerekend: acute zorg, outreachende zorg, klinische zorg, beveiligde zorg, hoogspecialistische zorg vanuit de ggz en hoogspecialistische zorg vanuit het ziekenhuis.

Vraag 468

Hoeveel verkennende gesprekken worden al gevoerd?

Antwoord:

In verschillende regio's – o.a. Zuid-Limburg, Arnhem-Nijmegen, Midden- & West Brabant – wordt het verkennend gesprek al gevoerd. Omdat het verkennend gesprek nu nog de status van «pilot» heeft, wordt niet bijgehouden hoeveel gesprekken er precies zijn gevoerd. Vanaf 1 januari 2025 is er voor het verkennend gesprek een aparte bekostigingstitel, die het mogelijk maakt het aantal gevoerde gesprekken te monitoren.

Vraag 469

Hoeveel laagdrempelige steunpunten zijn er al? Hoe is de dekking over het land?

Antwoord:

In het IZA is afgesproken om te komen tot een landelijk dekkend netwerk aan laagdrempelige steunpunten voor mensen met (ernstige) psychische klachten. Op dit moment houdt MIND een atlas bij met een overzicht van

⁸⁶ Zie Monitor contractering ggz 2022 | Publicatie | Rijksoverheid.nl

laagdrempelige steunpunten.⁸⁷ Hierop komen circa 180 laagdrempelige steunpunten naar voren. Om een compleet beeld te krijgen van het type en aantal laagdrempelige steunpunten en dekking over het land, wordt op dit moment een verkennend onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een extern bureau in opdracht van de IZA-werkgroep laagdrempelige steunpunten. In het onderzoek worden ook initiatieven meegenomen die potentie hebben om door te ontwikkelen tot een laagdrempelig steunpunt. Het onderzoek wordt in november van dit jaar openbaar en zal daarna naar de Tweede Kamer worden gestuurd. Hiernaast is gestart met het opzetten van een landelijk ondersteuningsprogramma ten behoeve van het realiseren van een landelijk dekkend netwerk. Dit ondersteuningsprogramma gaat op 1 januari 2025 van start.

Vraag 470

Hoeveel plaatsen voor sport in de leefomgeving zijn er bekend? Wordt hierin goed samengewerkt met andere ministeries?

Antwoord:

De kernindicator Beweegvriendelijke Omgeving geeft weer hoe de fysieke omgeving in de openbare ruimte scoort op de mogelijkheid voor mensen om te sporten en te bewegen. In 2022 bedraagt de gemiddelde score voor heel Nederland op de kernindicator Beweegvriendelijke Omgeving 65 op een schaal van 0 tot en met 100. Deze score wordt berekend op basis van diversiteit en nabijheid van sportaccommodaties, nabijheid van sport- en speelplekken in de openbare ruimte, recreatief groen en blauw en nabijheid van voorzieningen als supermarkten en scholen. Het aantal sportaccommodaties in Nederland bedraagt 21.892 (Mulier, 2023). De openbare ruimte kan op vele manieren gebruikt worden om te sporten en bewegen, onbekend is daarom hoeveel plaatsen in de openbare ruimte geschikt zijn om te sporten en bewegen.

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport voert een verkennend onderzoek uit naar de mate waarin ruimte voor sport, bewegen en buitenspelen onder druk staat in de openbare ruimte. Afhankelijk van de resultaten van het onderzoek wordt bevestigd of nationale sturing hierop wenselijk en/of gelegitimeerd is. Hierin stemt de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport af met het Ministerie van VRO. Daarnaast wordt met het Ministerie van VRO samengewerkt om sport en bewegen als integraal onderdeel van de ruimtelijke ordening te positioneren in de programmatische aanpak Groen in en om de Stad, Programma Mooi NL en het voorontwerp van de Nota Ruimte. Zo stelt het voorontwerp van de Nota Ruimte te streven naar een leefomgeving uitnodigt tot een gezonde leefstijl incl. bewegen, spelen en sporten. Met het Ministerie van IenW en het Ministerie van BZK wordt samengewerkt in het stimuleren van actieve mobiliteit, onder andere middels de City Deal Fietsen voor Iedereen.

Vraag 471

Deelt u de analyse dat de wachtlijsten in de ggz zorgen voor het vergroten van de mentale problemen van degenen die op de wachtlijst staan, voor overbelasting van de huisartsenzorg en voor hoge maatschappelijke kosten door uitval en ziektelast?

Antwoord:

Er is sprake van een toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg en daarnaast een afname van het mentaal welbevinden van Nederlanders. Deze twee ontwikkelingen werken op elkaar door en zorgen voor toenemende druk op de eerstelijnszorg én de ggz. Het uitblijven van passende zorg of ondersteuning kan vervolgens inderdaad bijdragen aan het verergeren van problemen van mensen met bijbehorende maatschap-

⁸⁷ www.wijzijnmind.nl/mind-atlas

pelijke problemen zoals het (tijdelijke) uitvallen van mensen op werk. Daarmee is het verbeteren van de mentale gezondheid en borgen van de toegankelijkheid van de (geestelijke) gezondheidszorg een breed maatschappelijk vraagstuk.

Om deze reden proberen we op verschillende vlakken de druk op de zorg te verlagen door de maatregelen die zijn vastgelegd in het IZA. Enerzijds door in te zetten op het verbeteren van het mentaal welzijn van Nederlanders in den brede en specifiek voor mensen met mentale klachten door werk te maken van een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten. Anderzijds door werk te maken van het verbeteren van de toeleiding van mensen naar zorg of ondersteuning, waarbij de huisarts sinds kort een beroep kan doen op het verkennend gesprek. Hierin bepalen professionals uit de ggz en het sociaal domein samen welke zorg of ondersteuning het meest passend is. Op deze wijzen leiden we mensen sneller en beter toe naar zorg en ondersteuning en wordt de huisarts ontlast. Dit alles moet ertoe leiden dat de druk op de zorg vermindert en mensen snel werk kunnen maken van hun herstel.

Vraag 472

Hoe gaat u zorgen voor meer behandelcapaciteit, zodat met name de mensen met zware problematiek en jongvolwassenen sneller geholpen worden?

Antwoord:

Hoewel het aantal mensen dat in de ggz werkt de afgelopen jaren flink is gegroeid, groeit de vraag naar ggz nog harder. Dat leidt tot toename in wachttijden, helaas ook voor mensen met ernstige psychische problematiek. Het is niet realistisch en niet wenselijk om de arbeidsmarktcapaciteit mee te laten groeien met de groeiende zorgvraag. Andere oplossingen zijn nodig, waarbij het voorkomen van instroom in de ggz helpt om capaciteit te creëren voor de mensen met ernstige problematiek. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zal flinke stappen zetten om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren, voortbouwend op de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA). In het kader van cruciale ggz wordt de komende maanden in elke regio de zorgvraag van mensen met ernstige psychische aandoeningen in kaart gebracht. Op basis van de zorgvraag wordt regionaal bepaald welke zorg onderdeel is van een cruciale zorgnetwerk. Deze cruciale zorgnetwerken worden vanaf 2026 waar nodig gelijkgericht ingekocht door verzekeraars, zodat dit zorgaanbod voldoende beschikbaar is voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Met onder andere Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse ggz is ook afgesproken dat er tot die tijd geen cruciaal aanbod verdwijnt om financiële redenen. De Staatssecretaris gaat met zorgverzekeraars en aanbieders werken aan de verdere invulling van gelijkgerichte inkoop en het stimuleren van de juiste prikkels om de toegankelijkheid van de cruciale ggz te verbeteren en te borgen. Om te zorgen dat er voldoende capaciteit beschikbaar is voor mensen met ernstige ggz-problematiek, wordt ook gewerkt aan het voorkomen van de instroom in de ggz, door regionale steunpunten, digitale lotgenotengroepen en verkennende gesprekken in mentale gezondheidscentra. De Staatssecretaris JPS informeert u in Q1 over de werkagenda mentale gezondheid & ggz en de aanpak van de wachttijden.

Vraag 473

Is er budget beschikbaar gesteld voor medisch-ethisch-gerateerd onderzoek, zodra de Kamer hierover beslist?

Antwoord:

Als uw Kamer medisch-ethisch onderzoek wil laten uitvoeren waarvoor geen middelen beschikbaar zijn, dan dient hiervoor dekking gevonden te worden.

- Het Ministerie van VWS heeft via ZonMw reeds budget beschikbaar gesteld voor (evaluatie)onderzoek naar medisch-ethische onderwerpen:
- het ZonMw-programma Ethiek en Gezondheid draagt bij aan inzicht en kennis over concrete, actuele, ethische dilemma's of vragen op het gebied van ethiek en gezondheidszorg, zowel in beleid, praktijk en wetenschap. Een voorbeeld is het onafhankelijk onderzoek naar de oorzaken van de absolute en relatieve stijging van het aantal euthanasiegevallen;
 - via het ZonMw-programma Evaluatie Regelgeving wordt medisch-ethische wetgeving op het gebied van onder meer abortus, euthanasie en embryo-onderzoek regelmatig geëvalueerd door onafhankelijke onderzoekers.

Vraag 474

Wat is de gemiddelde winstmarge van ziekenhuizen en zelfstandige klinieken over de afgelopen 10 jaar?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de precieze informatie die u vraagt. Onderstaande tabel geeft een overzicht van het bedrijfsresultaat (de bedrijfsopbrengsten minus de bedrijfslasten, exclusief het saldo van financiële en buitengewone baten en lasten) van ziekenhuizen in de jaren 2015 t/m 2022. De beschikbare gegevens (CBS, Statline) gaan niet verder terug dan tot 2015.

In de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg vallen instellingen voor intramurale zorg en delen van de extramurale zorg, zoals de medisch-specialistische zorg, onder het verbod op winstoogmerk op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Zij mogen geen winst uitkeren. Het positieve resultaat dat zij boeken, kan aangewend worden voor het aanleggen van reserves, of herinvesteringen in de zorg.

Bedrijfsresultaat per sector (x € 1 miljoen)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ¹
Universitair medische centra	318	314	350	244	184	160	172	227
Algemene ziekenhuizen	621	563	547	566	559	584	601	482
Categorale ziekenhuizen	64	39	31	32	47	28	29	24

¹ voorlopige cijfers

Bron: CBS Statline, tabel Zorginstellingen; financiën en personeel

Vraag 475

Welke ziekenhuisbestuurders verdienen meer dan de WNT-norm?

Antwoord:

Informatie over de bezoldiging van topfunctionarissen (bestuurders en toezichthoudende topfunctionarissen) is terug te vinden in de WNT-verantwoording van WNT-plichtige instellingen op internet. Een WNT-instelling moet jaarlijks de WNT-verantwoording uiterlijk 1 juli volgend op het betreffende boekjaar op algemeen toegankelijke wijze via internet openbaar maken voor een periode van tenminste zeven jaar. Dit kan bijvoorbeeld door de WNT-verantwoording te publiceren via de eigen website. De gegevens moeten vrij toegankelijk en eenvoudig te vinden zijn. De WNT-verantwoording dient onder andere de naam van de topfunctionaris, de naam van de WNT-instelling en de bezoldiging van de topfunctionaris bij deze instelling te bevatten (vgl. artikel 5 van de Uitvoeringsregeling WNT).

Elk jaar in december ontvangt de Tweede Kamer daarnaast in een rapportage een overzicht per sector van de aantallen ingediende en (niet-)gehonoreerde uitzonderingsverzoeken. De laatste rapportage is op 14 december 2023 aan uw Kamer aangeboden (TK 2022/2023, 30 111, nr. 130). In deze rapportage staat dat in het zorgdomein op peildatum 15 oktober 2023 sinds de inwerkingtreding van de WNT in totaal 7 keer

een individueel uitzonderingsverzoek op grond van artikel 2.4 WNT is gehonoreerd.

Vraag 476

Kunt u een overzicht geven van de stappen die u gaat zetten om fraude in de zorg, inclusief diplomafraude, aan te pakken?

Antwoord:

Het bestrijden van een maatschappelijk probleem als zorgfraude is een ketenbrede inspanning. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werkt daarom samen met het veld aan maatregelen om instanties in het zorgdomein beter in staat te stellen om zorgfraude aan te pakken:

- De Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz), die de mogelijkheden tot gegevensuitwisseling verbetert.
- De Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) regelt de uitbreiding van de vergunningplicht, waardoor er strengere regels worden gehanteerd voor het toetreden tot de zorgmarkt en mogelijkheid om bekende fraudeurs van de zorgmarkt te weren.
- Met het Wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz) is het de bedoeling om een aantal weigerings- en intrekingsgronden van een vergunning uit te breiden, om zorgaanbieders waarvan niet aannemelijk is dat ze aan de voorwaarden voor het verlenen van goede en rechtmatige zorg gaan voldoen te kunnen weren.
- In september 2023 is een pilot afgerond met zorgverzekeraar DSW, de IGJ, de NZa en het CIBG met als doel de screening aan de voorkant te verbeteren.
- In het gemeentelijke domein vinden, ondersteund door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de proeftuinen «Aanpak zorgfraude» plaats. De opgedane kennis en informatie uit de proeftuinen wordt via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) met alle gemeenten gedeeld.
- Verder zijn samen met gemeenten en zorgaanbieders landelijke contractstandaarden ontwikkeld voor jeugdzorg. Daarin worden ook afspraken opgenomen met betrekking tot fraude, integriteit, toezicht en handhaving.
- Tot slot bereidt de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg een wetswijziging voor om het toezicht op de kwaliteit van de Wmo 2015 steviger te verankeren. Aansluitend wordt in samenwerking met de VNG en GGD-GHOR gewerkt aan het inrichten van een stimuleringsprogramma om het toezicht op de Wmo 2015 te verstevigen en verder te professionaliseren.

In de verkenning «Er is meer aan de hand» van de Inspectie van het Onderwijs en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in samenwerking met de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven, is onder meer gesignaleerd dat er zorgbemiddelingsbureaus zijn die frauderen met diploma's. Er wordt met diverse partijen gesprekken gevoerd over vervolgacties. Uw Kamer wordt dit najaar hierover geïnformeerd.

Vraag 477

Wat is de impact van de bezuiniging op pandemische paraatheid op de voortgang aanpak pandemische paraatheid, bescherming tegen en bestrijding van uitbraken van infectieziekten en de basis noodzorg?

Antwoord:

De bezuiniging van € 300 mln. op de publieke gezondheid, die conform de budgettaire bijlage bij het hoofdlijnenakkoord is ingeboekt in de begroting van het Ministerie van VWS op het programma Pandemische Paraatheid, kent een oplopende reeks tot 2029 en is voor 2025 beleidsmatig ingevuld. Dit betekent dat in 2025 de voorgenomen vergroting van personele capaciteit bij de GGD'en niet wordt uitgevoerd en dat een aantal voorge-

nomen (onderzoeks)trajecten, zoals rond het verbeteren van de modellering van infectieziekte uitbraken, de opschaling van de IC-capaciteit en het bevorderen van leveringszekerheid van medische producten, niet van start gaan. De beleidsmatige gevolgen voor 2026 en verder dienen nog nader te worden gezien. Deze bezuiniging heeft uiteraard grote impact op de voortgang die we op dit onderwerp kunnen en willen maken. Dat raakt vanaf 2025 uiteraard de bescherming tegen en bestrijding van infectieziekten uitbraken, maar heeft ook bredere gevolgen voor basis noodzorg in Nederland.

In het Regeerprogramma is de kabinetsbrede inzet op het versterken van de maatschappelijke weerbaarheid opgenomen. Hier maakt de zorg een belangrijk onderdeel van uit. Dit samenhangend overheidsbreed weerbaarheidsbeleid wordt in de komende maanden verder uitgewerkt onder regie van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV). In dit traject zal ook de weerbaarheidsopgave van VWS nader worden geconcretiseerd. Daarbij zullen ook de gevolgen van de bezuiniging op pandemische paraatheid, die in het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken, worden betrokken.

Vraag 478

Wanneer worden de gevolgen van de bezuiniging op pandemische paraatheid voor 2026 en verder in kaart gebracht?

Antwoord:

Het terugdraaien van de intensiveringen publieke gezondheid en infectieziektebestrijding conform hoofdlijnenakkoord is voor 2025 beleidsmatig ingevuld. De beleidsmatige gevolgen van dit onderdeel van het hoofdlijnenakkoord voor 2026 en verder dienen nader te worden gezien. De verwachting is dat hier medio 2025 meer duidelijkheid over kan worden gegeven.

Vraag 479

Tot hoeveel operationele bedden kan de intensive care op dit moment worden opgeschaald in geval van een pandemie, ramp of terreuraanslag?

Antwoord:

In geval van een pandemie, ramp of terreuraanslag gelden de afspraken uit het LNAZ coördinatie- en opschalingsplan⁸⁸. In dit plan wordt beschreven hoe de zorg in geval van een dergelijke calamiteit IC-zorg dient op te schalen.

Vraag 480

Hoeveel IC-plekken komen er niet, doordat er wordt bezuinigd op de publieke gezondheid?

Antwoord:

Het streven van het voorgenomen IC-traject was om ziekenhuizen tegemoet te komen bij de instandhouding van de reeds bestaande landelijke materiële infrastructuur van 1700 IC-bedden. Deze 1700 IC-bedden hebben destijds ziekenhuizen kunnen aanschaffen met behulp van de subsidieregeling IC-opschaling. Doordat de intensivering publieke gezondheid wordt teruggedraaid, kan een aantal voorgenomen (onderzoeks)trajecten, zoals de opschaling van IC-capaciteit, niet van start gaan. Dat betekent dat een eventuele tegemoetkoming aan de ziekenhuizen geen doorgang vinden.

Vraag 481

Waarom hebt u de bezuiniging op de publieke gezondheid alsnog doorgezet, terwijl deze zulke negatieve gevolgen heeft?

Antwoord:

⁸⁸ Coördinatie en opschalingsplan COVID-19 (Inaz.nl)

Het Ministerie van Financiën vindt het belangrijk om zich te houden aan de financiële kaders, dus ook aan de beschreven financiële kaders. Om deze reden wordt het besluit doorgezet.

Vraag 482

Kunt u de onderliggende stukken en ambtelijke adviezen over de gevolgen van de bezuiniging op publieke gezondheid naar de Kamer sturen?

Antwoord:

Besluitvorming over deze bezuiniging heeft plaatsgevonden in de formatie. Hier hebben geen ambtelijke adviezen van het Ministerie van VWS aan ten grondslag gelegen. Na aantreden van het kabinet is er ambtelijk wel feitelijk geïnformeerd over de gevolgen van de bezuiniging. Allereerst is geschetst dat dit gevolgen heeft voor de volgende instrumenten die momenteel geheel of gedeeltelijk worden gefinancierd vanuit het beleidsprogramma Pandemische Paraatheid:

- Zorgcoördinatie, zorgcoördinatiecentra met inzicht in capaciteit en inzet op passende zorginzet en urgentiebepaling
- Landelijk Coördinatie Centrum Patiëntenspreiding (LCPS)
- Nationale zorgreserve
- Verbetering verbinding ROAZ – DPG'en en aansluiting langdurige zorg op ROAZ
- Verbetering infectiepreventie in de ouderen- en gehandicaptenzorg
- Landelijk coördinatiepunt geneesmiddelen
- Zorg Inkoop Netwerk Nederland
- Intensivering meldpunt tekorten
- Opschaalbare (duurzame) productiecapaciteit PBM in Nederland van FFP2
- RIVM gedragsunit
- Versterking GGD'en
- Toekomstbestendige monitoring en surveillance, borging van covid-lessen (o.a. rioolwatersurveillance)
- Oprichting LFI
- Opleiden van extra artsen infectieziektebestrijding

Tevens is aangegeven dat de bezuiniging ook gevolgen heeft voor de geplande maatregelen en instrumenten die opgenomen zijn in het beleidsprogramma Pandemische Paraatheid:

- Duurzame borging van IC-capaciteit
- Extra acute vervoerscapaciteit (extra MMT-helikopter Teuge, extra MMT-ambulance Maastricht)
- Vervolgacties op het ZonMw programma doorgang reguliere zorg, dat ziekenhuizen moet helpen in de voorbereiding op crises
- Versterking/verbreding zorgcoördinatie en duurzame borging van zorgcoördinatie in het veld
- Ophoging van de voorraad kritieke geneesmiddelen
- Regeling stimulering kennis en kunde van lokale productie van geneesmiddelen
- Vernieuwing ICT-landschap infectieziektebestrijding (RIVM, GGD'en)
- Wettelijke sturingsbevoegdheden MVWS ten tijde van crisis
- Landelijk crisisplan infectieziekten (LCP-I)
- Borging en doorontwikkeling van monitoring en surveillance wat ontwikkeld is ten tijde van covid, zoals rioolwatersurveillance en surveillance uit ziekenhuizen.

Voor de volledigheid wordt wat betreft openbaarmaking van ambtelijke adviezen verwezen naar de antwoorden die de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties hierover onlangs aan de Kamer heeft gezonden. Daarin is aangegeven dat ten aanzien van ambtelijke adviezen over het regeerprogramma geldt dat de in het regeerprogramma vervatte voornemens nog nadere uitwerking en besluitvorming door het kabinet

vergen. Hoewel het kabinet goede informatievoorziening aan de Kamer van groot belang acht, is het verstrekken van interne ambtelijke adviezen aan de Kamer in dit stadium waar de besluitvorming nog gaande is, niet gebruikelijk. Voor verstrekking van ambtelijke adviezen in een nog niet afgerond proces van besluitvorming door de ministerraad, zoals tijdens de afgelopen algemene politieke beschouwingen, is slechts bij (hoge) uitzondering plaats. Voorkomen moet worden dat de besluitvorming hierdoor in dit stadium te veel wordt beïnvloed en de ambtelijke advisering onderwerp wordt van publiek debat. Het kabinet hecht aan een zorgvuldig proces waarbij in de regel eerst door (leden van) het kabinet – mede op basis van ambtelijke adviezen – besluiten worden genomen. Deze worden daarna gemotiveerd kenbaar gemaakt aan de Tweede Kamer, waarbij in het hierop volgende parlementaire debat het kabinet graag bereid is om vragen vanuit uw Kamer te beantwoorden.

Ook dit verzoek om verstrekking van ambtelijke adviezen ziet op een onderdeel van het regeerprogramma dat nog verdere uitwerking behoeft. Gelet op het voorgaande worden de ambtelijke stukken die zien op bezuiniging op de infectieziektebestrijding niet verstrekt. Om toch tegemoet te komen aan de informatiebehoefte van uw Kamer, is hierboven een inhoudelijk antwoord aangaande de gevolgen van de bezuiniging gegeven.

Vraag 483

Met hoeveel wordt het Wlz-kader van 2024 op 2025 gekort in verband met het vervallen van de tijdelijke ophoging van het tarief voor VG7 en het alsnog doorvoeren van de korting op de NHC?

Antwoord:

Het Wlz-kader wordt van 2024 op 2025 niet gekort, maar per saldo met € 3,0 miljard verhoogd van afgerond € 36,3 miljard naar € 39,3 miljard (waarvan € 360 miljoen gereserveerd als herverdeelmiddelen). Hierbij is reeds rekening gehouden met het vervallen van de tijdelijke ophoging van het tarief voor VG7 (€ 40 miljoen) en het alsnog doorvoeren van de korting op de NHC (€ 117 miljoen).

Vraag 484

Wat zijn de obstakels in beleid en regelgeving als het gaat om het verduurzamen van de gezondheidszorg?

Antwoord:

In reactie op het Gezondheidsraadadvies Verduurzaming van hulpmiddelen in de zorg heeft VWS in 2023 een onafhankelijke verkenning laten uitvoeren naar of en zo ja welke knelpunten de zorgsector ervaart bij het verduurzamen of het leveren van duurzame(re) zorg. De verkenning laat zien dat er wetten, regels en normen zijn die op bepaalde punten de verduurzaming in de weg staan, met name bij de verduurzaming van hulpmiddelen en persoonlijk beschermingsmateriaal, geneesmiddelen en gebouwen. Het onderzoeksbureau constateert daarbij dat de knelpunten die hun oorsprong vinden in wet- en regelgeving vooral voortvloeien uit Europese wet- en regelgeving, zeker voor wat betreft geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Daarnaast blijkt ook veel relevante wet- en regelgeving voor verduurzaming van de zorg buiten het zorgdomein te liggen. Daarbij gaat het veelal om wetgeving die juist gericht is op milieubeheer, natuurbescherming en belastingen op milieugrondslag en dus juist ten gunste van verduurzaming. De wetsverkenning laat tevens zien dat belemmeringen om te verduurzamen ook worden ervaren door de richtlijnen van het veld, met name op het gebied van infectiepreventie en hergebruik van hulpmiddelen. Tot slot blijken geconstateerde knelpunten niet altijd te gaan over wat in de wet- en regelgeving of richtlijnen van de beroepsgroepen is opgenomen, maar ook over de kennis en interpretatie daarvan door het veld.

VWS agendeert waar nodig de knelpunten die voortvloeien uit Europese wet- en regelgeving in Europees verband, zoals afgelopen jaar ten aanzien van verpakkingsverplichtingen van geneesmiddelen en de heruitgifte van ongebruikte geneesmiddelen. Knelpunten die op het werkgebied van andere departementen liggen, bespreekt VWS in de verschillende interdepartementale overleggen waarin zij deelneemt. Knelpunten die op het terrein van het veld zelf liggen brengt VWS bij hen onder de aandacht. Ten aanzien van beleid ligt er een belangrijke opgave voor VWS om «verduurzaming» de komende jaren te verankeren in haar reguliere beleidsontwikkeling («klimaat in al het beleid»), alsook om het gezondheidsaspect integraal te laten meenemen in het klimaatbeleid (gezondheid in klimaatbeleid) van andere departementen.

Vraag 485

In 2025 wordt gestart met de uitvoering van de eerste rijksbrede vijfjarige werkagenda, wat is de huidige stand van zaken?

Antwoord:

Op 9 februari 2024 heeft uw Kamer de nationale strategie VN-verdrag Handicap 2040 ontvangen.⁸⁹ Het uitgangspunt bij het opstellen van de werkagenda bij deze strategie is een co-creatief proces met ruimte voor een goede betrokkenheid van mensen met een beperking, hun vertegenwoordigende organisaties, ondernemers, gemeenten, overige organisaties en alle betrokken departementen. Dit proces is nu gaande. Na het breed in kaart brengen van mogelijke maatregelen en oplossingen met deze partijen in het voorjaar, zijn er in het najaar van 2024 en het begin van 2025 verschillende bijeenkomsten gepland om tot verdere uitwerking te komen en gezamenlijk keuzes te maken. Ook worden de recent verkregen aanbevelingen van het VN-comité bij het VN-verdrag Handicap en de initiatiefnota van Westerveld meegenomen in de ontwikkeling van de werkagenda. Een co-creatief proces is nodig om de werkagenda robuust, toekomstbestendig, gedragen en effectief te maken. De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg informeert u in het vierde kwartaal van 2024 per brief nader over de voortgang van de ontwikkeling van de werkagenda.

Vraag 486

Hoe staat het met de invoering van het facultatief protocol?

Antwoord:

Op 26 mei 2023 heeft uw Kamer het principebesluit van het kabinet om het facultatief protocol bij het VN-verdrag Handicap te gaan ratificeren ontvangen, waarvoor de voorlichting van de Raad van State de basis was.⁹⁰ Op 31 mei 2024 heeft uw Kamer een nadere beleidsreactie op de voorlichting van de Raad van State ontvangen over onder meer het facultatief protocol bij het VN-verdrag Handicap.⁹¹ Vanuit deze eerder genomen besluiten beslist de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg over de mogelijkheid om goedkeuringwetgeving voor het protocol te laten opstellen en in besluitvorming te brengen. In deze wetgevingsprocedure hebben de ministerraad, de Raad van State en uw parlement elk hun rol en verantwoordelijkheid. Het exacte tijdpad is afhankelijk van de behandelingstermijn in elk van deze stappen. Ter indicatie kan worden meegegeven dat een wetgevingsprocedure een doorlooptijd van 1,5 jaar tot 2 jaar kan hebben.

Vraag 487

In 2025 zet VWS zich in om het persoonsgebonden budget (pgb) gebruiksvriendelijker te maken voor zowel de budgethouder als de zorgverleners,

⁸⁹ Kamerstukken II 2023/24, 24 170, nr. 309.

⁹⁰ Kamerstukken II 2022/23, 24 170, nr. 284.

⁹¹ Kamerstukken II 2023/24, 24 170, nr. 326.

door waar mogelijk het proces te vereenvoudigen, danwel de instructie en communicatie te verbeteren. Waar kunnen mensen naartoe voor hulp als zij er zelf niet uitkomen? Foutjes of vergissingen kunnen ingrijpende gevolgen hebben voor deze doelgroep. Hoe borgt u de laagdrempelige toegang tot informatie, advies en hulp voor mensen met een juridische vraag of probleem? Hoe wijst u mensen op de mogelijkheden die hiervoor bestaan, zoals het Juridisch Loket?

Antwoord:

Het beheren van een persoonsgebonden budget vereist bepaalde vaardigheden van budgethouders en zorgverleners. Het kader voor pgb-vaardigheid beschrijft in 10 punten wat van budgethouders (of hun vertegenwoordigers) wordt verwacht. Te denken valt aan het kunnen bijhouden van een administratie, het coördineren van de inzet van zorgverleners en het op de hoogte zijn van de regels en verplichtingen. De geldverstrekkers onderzoeken of aanvragers dit kunnen voordat ze een pgb toekennen. Als ze er toch niet uitkomen, staan budgethouders er niet alleen voor. Zij kunnen dan contact opnemen met hun gemeente, het zorgkantoor of de verzekeraar die het budget beschikbaar stelt. Daarnaast subsidieert VWS de vereniging van mensen met een pgb (Per Saldo) voor het geven van advies en informatie. Het afgelopen jaar zijn daar ruim 6500 telefoontjes en bijna 9000 mails afgehandeld.

Eenvoudige informatie over het organiseren van zorg biedt het Ministerie van VWS via de website Regelhulp.nl. Deze website wordt goed gevonden met ruim 1,5 miljoen bezoekers in het afgelopen jaar. Op Regelhulp wordt verwezen naar mogelijkheden voor advies en ondersteuning (Hulp bij het regelen van zorg), zoals cliëntondersteuning, het Juiste Loket en juridisch advies van het Juridisch Loket of sociaal raadslieden. Het Juiste Loket is een informatie- en advieslijn voor mensen met een zorgvraag die van het kastje naar de muur worden gestuurd. Deze advieslijn wordt uitgevoerd door Per Saldo met subsidie van VWS.

Vraag 488

Hoeveel gevallen van kindermishandeling zijn er bekend? Welke definitie hanteert u voor kindermishandeling?

Antwoord:

Uit de laatste prevalentiestudie over kindermishandeling in 2017 is de schatting dat tussen de 90.000 en 127.000 kinderen slachtoffer zijn van mishandeling. Hierbij wordt de definitie van de Jeugdwet, artikel 1.1 gehanteerd:

«Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.»

Vraag 489

Hoeveel plaatsen zijn er in de vrouwenopvang? Is dit voldoende? Zo nee, hoeveel plaatsen zijn er tekort? Hoe wordt er rekening gehouden met de veiligheid en privacy van de vrouwen in de opvang?

Antwoord:

Momenteel zijn naar schatting van Valente circa 475 opvangplekken beschikbaar voor slachtoffers van huiselijk geweld. Om meer inzicht te krijgen in de landelijke capaciteit en beschikbaarheid van opvangplaatsen, heeft de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg de monitor Vrouwenopvang laten ontwikkelen. De monitor zal meer duidelijkheid geven over de beschikbare capaciteit en het aantal cliënten dat geholpen kan worden. Ook zal dit helpen om gezamenlijk (boven)regionale knelpunten in de plaatsing van slachtoffers aan te pakken.

De veiligheid van slachtoffers huiselijk geweld is van primair belang voor opvanginstellingen. Verschillende maatregelen worden genomen om deze veiligheid te waarborgen. In 2023 is het Normenkader Keurmerk «Veiligheid in de Vrouwenopvang» geactualiseerd. Het primaire doel van het keurmerk is het bieden van een waarborg van kwaliteit en veiligheid in landelijke samenhang. Dit is nodig omdat werken aan herstel pas kan plaatsvinden als veiligheid is bewerkstelligd.

Verder is in 2023 ook de risicoscreening geweld in afhankelijkheidsrelaties vrouwenopvang geactualiseerd. Dit instrument heeft tot doel: brede inventarisatie van mogelijke risico's voor veilige plaatsing in de vrouwenopvang, waarbij de kernvraag is: kan deze cliënt(e) veilig worden opgevangen op deze locatie. Aansluitend op deze risicotaxatie vrouwenopvang is een toolbox ontwikkeld, die behulpzaam is om in de eerste zes weken van de opvang of hulp de gehele situatie van alle betrokkenen in beeld te brengen. Daarnaast is er bij stalking of ernstige dreiging een draagbaar alarmsysteem AWARE beschikbaar. Daarmee kan met één druk op de knop de politie worden gewaarschuwd.

Bij zware dreiging met mogelijk levensgevaar zijn safehouses beschikbaar. Deze safehouses zijn bedoeld voor vrouwen (al dan niet met kinderen) die als gevolg van huiselijk geweld niet in hun thuissituatie kunnen blijven en voor wie een veilig adres niet voldoende is. Plaatsing gebeurt in overleg met de politie.

Wat betreft privacy is motie Synhaeve⁹² aangenomen. De mogelijkheid bestaat namelijk dat deze slachtoffers zorg mijden uit angst dat ouders of partner via de zorgverzekering de locatie kan achterhalen. De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg is in gesprek met Zorgverzekeraars Nederland en Valente om de huidige protocollen omtrent anonieme zorgpolissen in kaart te brengen en eventuele tekortkomingen in het proces te identificeren en aan te pakken.

Daarnaast werken alle leden van Valente met de bestaande richtlijnen voor privacy van de AVG en sluiten waar nodig en mogelijk ten bate van de hulp aan hun cliënten convenanten af met keten- of netwerkpartners over gegevensuitwisseling.

Vraag 490

Wordt het aankomende Kamerdebat over de evaluatie van Nederland m.b.t. het VN-verdrag handicap meegenomen in vijfjarige werkagenda, die start per 2025?

Antwoord:

Bij de Regeling van Werkzaamheden van donderdag 19 september 2024 heeft uw Kamer aangegeven een debat te willen voeren over de implementatie van VN-Verdrag Handicap, bij voorkeur te plannen rond de internationale dag voor mensen met een beperking op 3 december a.s. Het inplannen van dit debat is uiteraard aan uw Kamer. Eventuele uitkomsten kan de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg betrekken bij de totstandkoming van de werkagenda bij de Nationale Strategie VN-verdrag Handicap 2040. Voor de begrotingsbehandeling ontvangt uw Kamer van de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg een brief over de opvolging van de aanbevelingen van het VN-comité bij het VN-verdrag Handicap.

Vraag 491

De situatie rondom de zorgverlening in het Curaçao Medical Center (CMC) is volgens de directie en het medisch personeel kritiek geworden. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat er verantwoordelijke en toegankelijke zorg geboden kan blijven worden?

Antwoord:

⁹² Kamerstukken 2023–2024, 36 410 XVI, nr. 57

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport is de verantwoordelijke VWS-bewindspersoon voor de zorg op de BES-eilanden. Curaçao is een autonoom land in het Koninkrijk der Nederlanden en derhalve is de regering van Curaçao zelf verantwoordelijk voor de zorg op Curaçao. Op dit moment hebben we geen verzoek om bijstand ontvangen. Er is ook geen signaal ontvangen dat een dergelijk verzoek te verwachten is. Voorts wordt u gewezen op de recente antwoorden (23 september 2024, 2024ZD33439 en 2024Z12537) op vragen over hetzelfde onderwerp van de leden Bruyning en Jansen (beiden Nieuw Sociaal Contract) en Vragen van de leden White en Bushoff (beiden GroenLinks-PvdA) aan de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de ziekenhuiszorg op Curaçao.

Vraag 492

De directie van het CMC geeft aan dat het ziekenhuis sinds de opening kampt met financiële beperkingen die de continuïteit van de zorg ernstig onder druk zetten. Een van de belangrijkste knelpunten is het zorgbudget, dat volgens het ziekenhuis ontoereikend is om aan de groeiende zorgvraag te voldoen, hoe gaat de Minister een zorginfarct aldaar voorkomen?

Antwoord:

De regering van Curaçao is zelf verantwoordelijk voor het voorkomen van een zorginfarct. Op dit moment hebben we geen verzoek om bijstand ontvangen. Er is ook geen signaal ontvangen dat een dergelijk verzoek te verwachten is. Voorts wil wordt u gewezen op de recente antwoorden (23 september 2024, 2024ZD33439 en 2024Z12537) op vragen over hetzelfde onderwerp van de leden Bruyning en Jansen (beiden Nieuw Sociaal Contract) en Vragen van de leden White en Bushoff (beiden GroenLinks-PvdA) aan de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de ziekenhuiszorg op Curaçao.

Vraag 493

Het CMC rapporteert wekelijks calamiteiten aan de inspecteur-generaal van de Volksgezondheid. De huisartsenpost, die is ondergebracht buiten het CMC, kampt eveneens met een gebrek aan goed opgeleide artsen, wat heeft geleid tot meerdere incidenten die nog in onderzoek zijn. Wat gaan de Minister en de Staatssecretaris concreet doen, om de zorg in Caribisch Nederland in de benen te houden?

Antwoord:

Het beoordelen van de situatie bij de huisartsenpost is een verantwoordelijkheid van het land Curaçao. Op dit moment hebben we geen verzoek om bijstand ontvangen. Er is ook geen signaal ontvangen dat een dergelijk verzoek te verwachten is. Het is de verantwoordelijkheid van VWS om er voor te zorgen dat de inwoners van de BES-eilanden in geval van een medische uitzending, bijvoorbeeld naar Curaçao, goede zorg krijgen. Tot nu toe is dat met de uitzendingen naar het ziekenhuis Curaçao Medical Center (CMC) op Curaçao geen probleem. Mochten er wel problemen ontstaan dan kan VWS ook uitwijken naar bijvoorbeeld het ziekenhuis op Aruba of naar ziekenhuizen in Colombia.

Vraag 494

Welke voorzieningen zijn onvoldoende of in zijn geheel niet beschikbaar in Caribisch Nederland?

Antwoord:

In Caribisch Nederland is het besluit zorgverzekering BES de basis voor het grootste deel van de zorg. Met dit besluit heeft VWS een publiek rechtelijke zorgverzekering geïntroduceerd waarmee aanspraken vergelijkbaar met het basispakket in Europees Nederland beschikbaar zijn in Caribisch Nederland. In het besluit zorgverzekering is ook de langdurige

zorg opgenomen omdat de Wet Langdurige Zorg niet van toepassing is in Caribisch Nederland. Momenteel loopt er door middel van een AMvB ook een pilot maatschappelijke ondersteuning die per 1 januari 2025 stand beleid wordt.

Er zijn in Caribisch Nederland achterstanden omdat het voorzieningen-niveau nog niet vergelijkbaar met Europees Nederland is. De grootste achterstanden bevinden zich op het terrein van de ouderenzorg. Voor de ouderenzorg zijn extra middelen beschikbaar gesteld. Ook op Saba en Sint Eustatius is het moeilijk vanwege het insulaire karakter alle voorzieningen op het eiland te hebben. Hierdoor moeten inwoners regelmatig het eiland verlaten voor zorg of worden visiterende zorgverleners ingezet. Op Saba is het gezondheidscentrum gemoderniseerd en wordt een nieuw verpleeghuis gebouwd. Op Sint Eustatius bevindt zich dit in de voorbereidende fase. Voor het volledig beeld van het zorglandschap in Caribisch Nederland wordt u verwezen naar het The Caribbean Netherlands Health System Review uitgevoerd door de European Observatory on Health Systems and Policies dat op 19 juni 2024 naar uw Kamer is gestuurd.

Vraag 495

Hoeveel steun-, hulp- en meldpunten voor slachtoffers van geweld in afhankelijkheidsrelaties zijn er al?

Antwoord:

Het Verweij-Jonker instituut heeft in opdracht van VWS in 2023 een onderzoeksrapport gepubliceerd onder de titel Laagdrempelige hulp voor slachtoffers en plegers van geweld in afhankelijkheidsrelaties. In dit onderzoeksrapport is een overzicht gegeven van organisaties die hulp bieden aan deze groep. Het gaat in totaal om 53 landelijk werkende organisaties die gericht op hulp aan de omschreven doelgroep. Algemene en lokale voorzieningen zijn daarin niet meegenomen. Ook organisaties die alleen in bepaalde regio's actief zijn, zijn niet meegenomen omdat dit buiten de scope van het onderzoek viel. Hoeveel hulporganisaties er dus precies zijn in Nederland is moeilijk vast te stellen.

In het regeerprogramma is opgenomen dat de inzet is versnippering tegen te gaan. Zoals uw Kamer meermalen is gemeld, zijn de Ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid in het vierde kwartaal van 2023 met de organisaties die betrokken zijn bij de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld een traject gestart. Doel is om het hulpaanbod in kaart te brengen en de toegang tot en doorverwijzing naar de juiste hulp beter te organiseren. De behoeften van slachtoffers staan in dit traject centraal. Het is een omvangrijke opgave om de versnippering van het landschap tegen te gaan, mede door de vele organisaties die hierbij betrokken zijn en de complexe vragen die moeten worden beantwoord. Het is een traject waarvoor we voldoende tijd uit willen trekken. Inmiddels hebben we een concept-werkwijze waarover de betrokken organisaties en het Rijk enthousiast zijn. Het is nu van belang deze werkwijze te testen in de praktijk. Over de manier waarop we dit willen doen en wanneer we hiermee starten zal uw Kamer op korte termijn worden geïnformeerd.

Vraag 496

Na 2025 worden de zorguitgaven Fundashon Mariadal ziekenhuis Bonaire en het budget voor Zorg op de BES-eilanden gestopt. Wat is daar de reden van? Kan daarbij een vergelijking worden toegezonden van de uitgaven van VWS voor een ziekenhuis in Nederland en het ziekenhuis op Bonaire?

Antwoord:

Bij voorjaarsnota 2024 is voor 2025 een incidenteel extra budget beschikbaar gesteld voor de zorguitgaven van het Fundashon Mariadal ziekenhuis op Bonaire en andere zorginstellingen op de BES-eilanden. Deze middelen zijn begroot bovenop de beschikbare structurele middelen voor de zorguitgaven op de BES-eilanden en zijn onder meer bedoeld om aan de toegenomen zorgvraag te kunnen voldoen. De zorguitgaven

worden in de basis niet stopgezet. Voor de periode na 2025 wordt onderzocht of voor de zorguitgaven op de BES-eilanden aanvullende middelen benodigd zijn.

VWS heeft de vergelijking met Europees Nederland niet beschikbaar. Er is geen ziekenhuis in Europees Nederland dat – gezien de insulaire situatie en kleinschaligheid van het ziekenhuis op Bonaire – vergelijkbaar is.

Vraag 497

Kan nader worden toegelicht op welk deel van de kwaliteitsgelden specifiek gekort wordt?

Antwoord:

Vertraging in voorgaande kwaliteitsprogramma's heeft de afgelopen jaren geleid tot een ophoop van de zogenoemde overlooppost bij ZonMw. Soms is de start van voorgenomen kwaliteitsprojecten vertraagd doordat de organisatie meer tijd vraagt dan verwacht, soms is personele beschikbaarheid de oorzaak. Met als doel de omvang van de overlooppost terug te brengen heeft VWS ervoor gekozen een deel van kwaliteitsmiddelen die in de afgelopen jaren in de overlooppost terecht zijn gekomen in te zetten voor de financiering van het nieuwe kwaliteitsprogramma voor de periode 2024–2026. Dit betekent dat een deel van de middelen die in de periode 2024–2026 waren gereserveerd voor het nieuwe kwaliteitsprogramma vrij komen te vallen, zoals in de eerste suppletore wet aan uw Kamer is gemeld. De inzet van de overlooppost is eenmalig en ook de ruimte die is ontstaan in de periode 2024–2026 is incidenteel.

Vraag 498

Waarom zijn de middelen voor post-covid klinieken een jaar doorgeschoven?

Antwoord:

Om toe te kunnen werken naar een passende prestatiebeschrijving, waarmee de zorg voor post-COVID patiënten kan worden bekostigd, wordt gebruik gemaakt van de beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Uitgaven van deze beleidsregel innovatie vallen onder het kader «overige curatieve zorg». Aangezien het macroprestatiebedrag van zorgverzekeraars voor 2024 al vaststaat, leidt het toevoegen van de middelen aan het kader in dat jaar er niet toe dat zorgverzekeraars beschikking krijgen over deze middelen. De gereserveerde middelen zijn vanuit 2024 doorgeschoven en overgeheveld naar de premie gefinancierde uitgaven in 2025 en 2026. Dit laat onverlet dat post-COVID zorg in 2024 bekostigd kan worden. Zorgverzekeraars hebben immers een zorgplicht om Zvw verzekerde zorg te vergoeden.

Vraag 499

Met hoeveel aanvragen was rekening gehouden in de begroting onder het kopje «Kwaliteitsgelden» en wat kan verklaren dat er minder aanvragen dan verwacht zijn?

Antwoord:

Het achterblijven van aanvragen bij voorgaande kwaliteitsprogramma's heeft meerdere redenen. Soms is de start van voorgenomen kwaliteitsprojecten vertraagd doordat de organisatie meer tijd vraagt dan verwacht, soms is personele beschikbaarheid de oorzaak. Met als doel de omvang van de overlooppost terug te brengen heeft VWS ervoor gekozen een deel van kwaliteitsmiddelen die in de afgelopen jaren in de overlooppost terecht zijn gekomen in te zetten voor de financiering van het nieuwe kwaliteitsprogramma voor de periode 2024–2026. Dit betekent dat een deel van de middelen die in de periode 2024–2026 waren gereserveerd voor het nieuwe kwaliteitsprogramma vrij komen te vallen, zoals in de eerste suppletore wet aan uw Kamer is gemeld.

Vraag 500

Wat is de reden dat de zorgkosten op de BES-eilanden hoger uitvallen dan eerder geraamd?

Antwoord:

De hoger uitvallende zorgkosten op de BES-eilanden worden vooral veroorzaakt door toegenomen zorgvraag en prijsontwikkelingen. Daarnaast wordt ingezet op het wegwerken van achterstanden in de ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en op de standaardisatie van gegevensuitwisseling in de zorg. Deze intensiveringen dragen bij om op termijn te komen tot een gelijkwaardig voorzieningenniveau met Europees Nederland.

Vraag 501

Wat zijn de (mogelijke) oorzaken voor de «minder aanvragen» van de kwaliteitsgelden?

Antwoord:

Het achterblijven van aanvragen bij voorgaande kwaliteitsprogramma's heeft meerdere redenen. Soms is de start van voorgenomen kwaliteitsprojecten vertraagd doordat de organisatie meer tijd vraagt dan verwacht, soms is personele beschikbaarheid de oorzaak. Met als doel de omvang van de overlooppост terug te brengen heeft VWS ervoor gekozen een deel van kwaliteitsmiddelen die in de afgelopen jaren in de overlooppост terecht zijn gekomen in te zetten voor de financiering van het nieuwe kwaliteitsprogramma voor de periode 2024–2026. Dit betekent dat een deel van de middelen die in de periode 2024–2026 waren gereserveerd voor het nieuwe kwaliteitsprogramma vrij komen te vallen, zoals in de eerste suppletore wet aan uw Kamer is gemeld.

Vraag 502

Met hoeveel gebruikers van de regeling tegemoetkoming specifieke zorgkosten (TSZ) was rekening gehouden en wat is het daadwerkelijke aantal? Wat kan dit hogere aantal verklaren?

Antwoord:

Voor mensen die geen of weinig inkomstenbelasting betalen en daardoor geen profijt hebben van het opvoeren van hun specifieke zorgkosten als aftrekpost, bestaat er de tegemoetkoming specifieke zorgkosten. Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor de TSZ is sterk afhankelijk van de hoogte van de heffingskortingen. Hoe hoger de heffingskortingen, hoe eerder mensen tegen verzilveringsproblematiek aanlopen en daardoor recht krijgen op TSZ. De afgelopen jaren zien we een toename van verschillende heffingskortingen, waaronder de algemene heffingskorting, de ouderenkorting en de arbeidskorting. De samenloop van deze verhogingen heeft ertoe geleid dat we vanaf het belastingjaar 2021 zo'n 50.000 tegemoetkomingen meer uitkeren dan de jaren daarvoor (van ongeveer 220 duizend tegemoetkomingen in belastingjaar 2020 naar ongeveer 270 duizend tegemoetkomingen in belastingjaar 2021). Hierdoor hebben we in de 1e suppletore begroting 2024 het bedrag TSZ structureel verhoogd met € 20 miljoen.

Vraag 503

Klopt het dat er € 60 miljoen aan IOW-gelden bij overige kasschuiven wordt overgeheveld naar 2025? Klopt het dat dit in de Miljoenennota genoteerd staat als een meevaller van € 37,5 miljoen? Welk bedrag was hiervoor in 2024 gereserveerd? Worden in 2025 dezelfde doelstellingen eraan gekoppeld als in 2024? Kunt u een overzicht leveren van de doelstellingen van 2024 en 2025 respectievelijk (indien deze niet overeen komen)?

Antwoord:

Ja het klopt dat er met ingang van 2025 structureel € 60 miljoen wordt overgeheveld naar de VWS-begroting ten behoeve van een nieuwe

subsidieregeling die de werkgeverslasten voor opleiden in de wijkverpleging beoogt te compenseren. Het streven is deze in januari 2025 te openen. Het klopt ook dat er vanuit de (incidentele) IOW-middelen van 2024 een meevaller is van 37,5 miljoen. Van de beschikbare IOW middelen voor 2024, dit was € 50 miljoen, is € 12,5 miljoen grotendeels uitgegeven aan een nieuwe subsidieregeling Inrichten Opleidingsstructuur Wijkverpleging. Met deze regeling kunnen samenwerkingsverbanden bestaande uit zorg en onderwijs een plan schrijven voor een (vernieuwde) opleidingsstructuur in de wijkverpleging. In 2025 is ook € 50 miljoen beschikbaar voor dezelfde IOW-doelstellingen: het meer, samen en anders opleiden in de wijkverpleging. Het is de intentie om de subsidieregeling Inrichten Opleidingsstructuur Wijkverpleging in 2025 uit te breiden met het bieden van een impuls voor de daadwerkelijke uitvoering van de plannen.

Vraag 504

Er is in 2025 € 27,3 miljoen begroot voor spuk-DOS ondanks € 10,3 miljoen onderbesteding binnen DOS gemeenten, waar gaat dit geld nu naar toe? Kunnen deze middelen ook opnieuw worden ingezet voor 2025? Wordt de onderbesteding veroorzaakt wegens de complexiteit van een aanvraag? Kan het ook makkelijker gemaakt worden voor gemeenten om hetzelfde doel te behalen?

Antwoord:

In de periode tot en met 2026 zijn gelden beschikbaar om domeinoverstijgende activiteiten te kunnen bekostigen. Jaarlijks kunnen projectvoorstellen worden gedaan. Na een start met een drietal voorbeeldprojecten zijn in 2024 inmiddels 35 projecten actief. Er is dus sprake van een groeiende belangstelling echter zijn er in de jaren 2023 en 2024 minder aanvragen gedaan dan vooraf geprognostiseerd. De reden hiervoor is onbekend. Voor 2025 is er een budget van € 27,3 miljoen beschikbaar waarvan de prognose is dat hij volledig tot besteding zal komen gezien de toenemende belangstelling. De middelen die in 2024 niet tot besteding zijn gekomen, kunnen niet in 2025 worden ingezet, maar vloeien terug naar de rijksbegroting. Om het aantal aanvragen te stimuleren worden voorlichtingsbijeenkomsten en webinars georganiseerd en worden partijen ondersteund bij het indienen van een aanvraag.

Vraag 505

Wat is de uitkomst van de uitvoeringstoets (VNG) aangaande integrale suicidepreventie?

Antwoord:

De uitkomsten van de uitvoeringstoets zijn nog niet bekend. De verwachting is uw Kamer over de bevindingen van de uitvoeringstoets uiterlijk in december 2024 te kunnen informeren

Vraag 506

Kan uiteen worden gezet waar de € 161,9 miljoen specifiek heengaat voor standaardisatie gegevensuitwisseling voor activiteiten in het kader van het Landelijk Dekkend Netwerk, Generieke Functies, Medicatieoverdracht, implementatie van de European Health Data Space (EHDS) en het kunnen voortzetten van de instellingssubsidie aan Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz)? Hoeveel gaat hiervan naar AI en hoeveel naar pilots die administratietijd vermindert?

Antwoord:

De middelen die door het vorige kabinet zijn gereserveerd op de aanvullende post «standaardisatie gegevensuitwisseling» bij het Ministerie van Financiën zijn bedoeld om landelijk elektronische gegevensuitwisseling mogelijk te maken en een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel (GIS) in te richten. Dit vormt het fundament voor de verdere ontwikkeling en inzet van AI en andere innovaties, die gericht zijn op

onder andere het verminderen van administratieve lasten zodat er meer tijd vrijkomt voor de zorg aan patiënten.

Voor het jaar 2025 is een bedrag van € 161,9 miljoen overgeheveld naar het Ministerie van VWS. Dit bedrag is goedgekeurd op basis van bestedingsplannen die door het Ministerie van Financiën zijn beoordeeld op doelmatigheid en doeltreffendheid.

Deze middelen worden ingezet voor de doorontwikkeling en implementatie van de zes geprioriteerde generieke functies, evenals voor de ontwikkeling, opschaling en inrichting van het Landelijk Dekkend Netwerk. Daarnaast wordt er gewerkt aan de voorbereiding op de implementatie van de EU-verordening «European Health Data Space» (EHDS) en de doorontwikkeling van de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Ook zijn er middelen beschikbaar gesteld voor het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) om op deze terreinen te ondersteunen. Verder zijn er middelen toegekend voor het verbeteren en doorontwikkelen van de informatievoorziening op de Nederlandse gemeenten Bonaire, Sint Eustatius en Saba (BES-eilanden) in Caribisch Nederland.

Uw Kamer wordt regelmatig geïnformeerd over de inhoudelijke voortgang van deze programma's. Zoals is toegezegd aan uw Kamer⁹³ ontvangt u binnenkort een Kamerbrief over de inzet van deze middelen. Over de plannen op het gebied van AI wordt u begin volgend jaar met een Kamerbrief nader geïnformeerd.

Vraag 507

Hoe gaat u uitwerken dat ministeries hun rol pakken met betrekking tot integrale suïcidepreventie? Zijn de resultaten van de uitvoeringstoets van de VNG al bekend?

Antwoord:

De uitwerking van de rol als coördinator op gebied van suïcidepreventie wordt onderdeel van het implementatietraject van de wet. Het uitgangspunt is de manier waarop nu met de betrokken departementen het gesprek wordt gevoerd: in de vorm van netwerkbijeenkomsten en jaarlijkse afstemmingsmomenten. De resultaten van de uitvoeringstoets zijn nog niet bekend. De verwachting is uw Kamer over de bevindingen van de uitvoeringstoets uiterlijk in december 2024 te kunnen informeren.

Vraag 508

Waarom wordt de subsidieregeling Veelbelovende zorg in 2025 met € 25 miljoen en vanaf 2026 structureel met € 30 miljoen verlaagd? Wat zijn de eventuele gevolgen van deze bezuiniging?

Antwoord:

De Subsidieregeling Veelbelovende Zorg heeft een subsidieplafond van jaarlijks € 69 miljoen. Sinds de start van de subsidieregeling in 2019 zijn er (tot en met juli 2024) 26 onderzoeken gehonoreerd. Het bedrag dat aan subsidies wordt toegekend is echter circa € 40 miljoen per jaar. Een deel van de beschikbare middelen voor de subsidieregeling is de afgelopen jaren niet uitgegeven, wat inhoudt dat er sprake is van onderuitputting. Om die reden is het beschikbare budget voor de Subsidieregeling Veelbelovende Zorg verlaagd.

Vraag 509

Is de begrote € 27,3 miljoen voor de experimenten van domein overstijgende samenwerking, via SPUK DOS, de totale aanvraagssom?

Antwoord:

Het totaal begrote bedrag voor experimenten domein overstijgende samenwerking via de SPUK DOS in 2025 is 27 miljoen. De genoemde 0.3 miljoen in de vraag zijn gereserveerd voor uitvoeringskosten.

⁹³ Kamerstuk II 2022/23 27 529, nr. 302

Vraag 510

Wat is de omvang van de wachtlijsten en achterstanden in de ouderenzorg op de BES-eilanden?

Antwoord:

De verwachting is dat vergrijzing ook in Caribisch Nederland de komende decennia zal toenemen.

In de verpleeghuiszorg op Bonaire is een achterstand ontstaan met momenteel een wachtlijst van ca. 50 ouderen. Dit legt momenteel een zeer grote druk op de thuiszorg. Voor dagbesteding en vervoer staan ca. 30 ouderen op de wachtlijst. Voor huishoudelijke ondersteuning staan nu 14 ouderen op de wachtlijst.

Op St. Eustatius zijn er momenteel geen wachtlijsten op het gebied van verpleeghuiszorg en thuiszorg. Wel zijn de voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning in ontwikkeling en is er weinig zicht op van de ouderen populatie die daar eventueel aan kan deelnemen. Zo is er beperkt aanbod op het gebied van huishoudelijke ondersteuning en vervoer voor ouderen en is er maar 1 aanbieder voor dagbesteding terwijl keuzevrijheid een belangrijk aspect is voor deelname.

Voor Saba geldt dat bij de opening van de nieuwbouw van het verpleeghuis in 2025 er voldoende plek zal zijn voor de verpleeghuiszorg. Ook de voorzieningen op het gebied van thuiszorg zijn momenteel voldoende.

Vraag 511

Zijn voor de € 161,9 miljoen aan middelen op de aanvullende post voor standaardisatie gegevensuitwisseling al concrete en doelmatige bestedingsplannen ingediend bij Financiën? Zo nee, wanneer gebeurt dat?

Antwoord:

Voor 2025 en de jaren daarna heeft het Ministerie van VWS bestedingsplannen ingediend om middelen uit de aanvullende post «standaardisatie gegevensuitwisseling» van het Ministerie van Financiën over te hevelen. Het Ministerie van Financiën heeft deze plannen beoordeeld op doelmatigheid en doeltreffendheid. Bij de augustusbesluitvorming 2024 is in totaal 161,9 miljoen vrijgegeven op basis van deze beoordeelde bestedingsplannen. Dit bedrag zal worden ingezet om landelijk elektronische gegevensuitwisseling mogelijk te maken en een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel (GIS) in te richten.

Vraag 512

Klopt het dat er een besparing gepland staat van structureel € 16 miljoen vanaf 2025 i.v.m. de maatregel «Besparing RS vaccin»? Zo ja, via welke financieringsstroom wordt deze besparing precies uitgevoerd? Wat gebeurt er als deze besparing niet gerealiseerd wordt?

Antwoord:

In de berekening van de besparing is uitgegaan van € 8,5 miljoen besparing op zorgkosten (ziekenhuisopnames en huisartsbezoeken) en € 7,7 miljoen structurele besparing per jaar voor het middel palivizumab. Als de besparing niet gerealiseerd wordt, moet elders dekking gezocht worden.

Vraag 513

Waarom is er niet voor gekozen om het overgebleven budget bij ZonMw te investeren in onderzoek (bv. naar nieuwe geneesmiddelen, post-COVID of vrouwspecifieke aandoeningen)?

Antwoord:

Op deze onderwerpen lopen al onderzoeksprogramma's bij ZonMw. De ruimte die op de VWS begroting is ontstaan door deze onderbesteding is bij de 1e suppletore wet aangewend om tegenvallers elders in de begroting van VWS te dekken.

Hiervoor wordt u ook verwezen naar de beantwoording vragen 53 en 54 bij de 1e suppletore wet 2024 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, 36 550 XVI, nr. 7).

Vraag 514

Waarom is een deel van het budget van de ZonMw in 2023 onbenut gebleven? Is deze onderbenutting gelijk aan de € 70 miljoen die naar beneden wordt bijgesteld?

Antwoord:

Voor het budget dat onbenut is gebleven gaat het om een lagere liquiditeitsbehoefte van ZonMw. Bij vertraging in de uitvoering van een programma worden de uitgaven voor een ZonMw-programma later gedaan dan gepland. De ruimte die op de VWS begroting is ontstaan door deze onderbesteding, is bij de 1e suppletore wet aangewend om tegenvallers en besparingsverliezen elders in de begroting te dekken. De € 70 miljoen die naar beneden is bijgesteld betreft een terugvordering van het ministerie, de zogenaamde overlooppост. Uit de jaarrekening 2023 van ZonMw blijkt dat de toegestane hoogte van deze overlopende verplichtingen (de zogenaamde overlooppост) is overschreden. Op basis van de wet- en regelgeving dient ZonMw het deel dat de toegestane hoogte overschrijdt, terug te betalen.

Vraag 515

Waarom wordt de post «HLA: Versnellen opschaling digitale zorg in verpleeg- en gehandicaptenzorg» oplopend naar beneden bijgesteld vanaf 2027?

Antwoord:

Naar verwachting zal de inzet van digitale zorg en het aanpassen van bestaande zorgpaden en -processen hierop leiden tot kostenbesparingen. Daarvoor is in het hoofdlijnenakkoord een besparing op de verpleeg- en gehandicaptenzorg afgesproken (reeks i). Naast de besparing is er ook geld gereserveerd om de versnelling van digitale zorg en innovatie te ondersteunen (reeks ii).

Besparing (in € mln)	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030 struc.	
Versnelling opschaling digitale zorg in verpleeg- en gehandicaptenzorg	0,0	0,0	0,0	0,0	-45,0	-110,0	-182,5	-247,2	-270,0
i. Waarvan besparing	0,0	0,0	0,0	0,0	-67,8	-132,8	-205,3	-270,0	-270,0
ii. Waarvan transitie-middelen	0,0	0,0	0,0	0,0	22,8	22,8	22,8	22,8	0,0

Vraag 516

Wat is de totale besteding van het uitlezen en archiveren van berichtenapps uitgesplitst naar fte en kosten in 2024? Wat is de verwachting voor 2025?

Antwoord:

Het uitlezen en archiveren van berichtenapps van bewindspersonen en bestuursraadleden van VWS gebeurt op dit moment periodiek. Dit is een handmatige activiteit die is uitbesteed aan de Rijksorganisatie voor Informatiehuishouding (RvIHH). De verwachting is dat de kosten (er is geen registratie op basis van fte) hiervoor in 2024 uitkomen op circa € 40.000. Als de uitvoeringscapaciteit van de RvIHH toeneemt, is het voor VWS ook mogelijk om berichtenapps van andere sleutelfunctionarissen uit te laten lezen. Er is daarvoor in 2025 een budget van € 230.000 begroot. Daarnaast wacht VWS de uitkomsten van rijksbrede projecten af, die de mogelijkheden van geautomatiseerde oplossingen onderzoeken.

Vraag 517

Hoeveel nieuwe garantiestellingen zijn de laatste 3 jaar gegeven in totaal en specifiek voor verpleeghuizen.

Antwoord:

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector stelt in het jaarverslag cijfers beschikbaar over, onder andere, het bedrag aan totaal geborgde langlopende leningen en het bedrag aan nieuw geborgde langlopende leningen (beiden gespecificeerd naar sector). Het aantal garantiestellingen voor verpleeghuizen is opgenomen in het aantal voor de ouderenzorg.

Bedrag aan **totaal** geborgde langlopende leningen:

2023: € 5.952,5 miljoen, waarvan € 1,678 miljoen voor ouderenzorg (28%)

2022: € 6.119,1 miljoen, waarvan € 1.732 miljoen voor ouderenzorg (28%)

2021: € 6.176,4 miljoen, waarvan € 1.656 miljoen voor ouderenzorg (27%)

Bedrag aan nieuwe geborgde langlopende leningen:

2023: € 333,7 miljoen, waarvan € 81 miljoen voor ouderenzorg (24%)

2022: € 418,2 miljoen, waarvan € 182 miljoen voor ouderenzorg (43%)

2021: € 237,1 miljoen, waarvan € 86 miljoen voor ouderenzorg (36%)

Deze zijn te vinden op: Overzicht documenten | Waarborgfonds vd Zorgsector (wfz.nl)

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat dit geborgde leningen door het WFZ zijn, geen garantiestellingen door de overheid. De overheid is wel achterborg voor het WFZ.

Vraag 518

Kunt u voor VWS inzichtelijk maken of en hoeveel extra geld er is bijgekomen als gevolg van beleidskeuzes van het nieuwe kabinet?

Antwoord:

Het kabinet heeft enkele beleidskeuzes gemaakt die ertoe leiden dat de begroting van VWS is opgehoogd. Dit betreft het investeren in betere ouderenzorg (€ 600 miljoen vanaf 2027), het bevroeren van het eigen risico in 2026 (€ 262 miljoen in 2026) en het verlagen van het eigen risico naar € 165 vanaf 2027 (€ 4,1 miljard oplopend naar € 4,6 miljard in 2029). Daarnaast is er op het terrein van de jeugdzorg gekozen om de besparing van € 511 miljoen te laten vervallen. Dit heeft een effect op het gemeentefonds.

Vraag 519

Kunt u kwantitatief laten zien op welke manier het doel om de sociale basis te versterken terugkomt in de begroting

Antwoord:

In het Gezond en Actief Leven Akkoord is afgesproken dat gemeenten de opdracht hebben de sociale basis te versterken en in 2024 een beleidsvisie op de sociale basis te ontwikkelen met aandacht voor een gebiedsgerichte uitvoering. Vanuit de VWS begroting wordt er o.a. ingezet op het versterken van de sociale basis door middelen van de brede SPUK. Gemeenten ontvangen vanaf 2023 tot en met 2026 jaarlijks ongeveer 35 miljoen aflopend tot 26 miljoen in 2026 voor het versterken van de sociale basis. Daarnaast ontvangen gemeenten vanuit het Gemeentefonds middelen voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Vraag 520

Welke concrete (SMART-geformuleerd) leefstijl-preventiedoelen heeft het kabinet zelf bij deze VWS begroting?

Antwoord:

Het kabinet houdt vast aan de ambitie van een gezonde generatie in 2040. Zo houdt het kabinet bijvoorbeeld vast aan de ambities uit het Nationaal Preventie Akkoord voor roken, overgewicht en alcoholgebruik. Er wordt door het kabinet een samenhangende preventiestrategie uitgewerkt. In deze strategie wordt ingegaan op de doelstellingen van het preventiebeleid en de inzet om deze te bereiken. Er zijn in de VWS-begroting echter geen SMART-geformuleerde leefstijl-preventiedoelen geformuleerd. Wel heeft uw Kamer de VWS-monitor ontvangen. Deze VWS-monitor geeft een meerjarig beeld van de gezondheid en de zorg in Nederland, zodat er

zicht wordt verkregen op de ontwikkelingen. Een belangrijk onderdeel van deze monitor betreffen indicatoren die inzicht geven in de ontwikkelingen in gezond blijven, waaronder die over het gebruik van alcohol door jongeren of het hebben van overgewicht.

Vraag 521

Hoeveel mensen sporten of bewegen «particulier»? En hoeveel bij een vereniging? Wat is de invloed van de voorgestelde verhoging van de BTW en de voorgestelde verhoging van de kansspelbelasting op de sport?

Antwoord:

Er zijn 9,6 miljoen wekelijkse sporters vanaf 4 jaar en ouder. Hiervan sporten zo'n 2 miljoen sporters enkel bij een sportaanbieder via een abonnement en ongeveer 3 miljoen bij een sportvereniging. Daarnaast zijn er ongeveer 740.000 sporters die lid zijn bij zowel een vereniging als een abonnement hebben. Verder zijn er 3,8 miljoen sporters die geen lid zijn of abonnement hebben.

Het is onduidelijk wat de exacte invloed zal zijn van de voorgestelde verhoging van de btw en de voorgestelde verhoging van de kansspelbelasting. De btw-verhoging heeft in ieder geval een direct effect op sportinstellingen met een winstoogmerk. De btw-verhoging geldt niet voor sportverenigingen die geen winst beogen. In sommige gevallen moet een sportvereniging btw betalen over de kosten voor het gebruik van een sportaccommodatie.

Vraag 522

Hoeveel provincies hebben een provinciaal sportakkoord, en hoeveel gemeenten?

Antwoord:

Alle 342 gemeenten hebben een lokaal Sportakkoord. Er zijn in 2024 vijf provinciale akkoorden, waarbij alle akkoorden een eigen invulling hebben gekregen. Het gaat om de provincies Groningen (Beweegakkoord), Overijssel, Gelderland, Utrecht en Zeeland.

Vraag 523

Heeft u een overzicht van de uitgaven aan sport per gemeente?

Antwoord:

Uit de Monitor Sportuitgaven Gemeenten 2022 van het Mulier Instituut blijkt dat Nederlandse gemeenten in 2022 in totaal 1,7 miljard euro uitgaven aan sport en dat ze 537 miljoen euro ontvingen aan inkomsten. De netto-uitgaven aan sport waren dus bijna 1,2 miljard euro. Per inwoner gaven gemeenten in 2022 netto gemiddeld 68,8 euro uit aan sport. Grotere gemeenten besteden per inwoner meer aan sport. De netto-uitgaven per inwoner aan sport waren hoger in gemeenten met relatief veel inwoners. Stedelijke gemeenten gaven per inwoner ook meer uit aan sport dan niet-stedelijke gemeenten. Jaarlijks gaat bijna 75 procent van de gemeentelijke sportuitgaven naar sportaccommodaties. Daarnaast investeren gemeenten in sportbeleid en -activering, onder andere door (co)financiering van buurtsportcoaches en door subsidies te verstrekken voor sportstimulering.

Vraag 524

Wat is de stand van zaken van de topsportfinanciering door NOC*NSF?

Antwoord:

Jaarlijks informeert de Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport de Kamer over de topsportbegroting van NOC*NSF (Kamerstukken II 2023–2024, 30 234, nr. 386). Voorafgaand aan het WGO Sport en Bewegen, waarin de begroting van Sport en Bewegen wordt besproken met uw Kamer, stuurt de Staatssecretaris de topsportbegroting van NOC*NSF met voorgenomen bestedingsdoelen van de sport voor 2025 aan de Kamer. Voor deze topsportbegroting stelt het Ministerie van VWS middelen ter

beschikking. Via een instellingssubsidie die NOC*NSF aanvraagt bij VWS worden de centrale faciliteiten en topsportondersteuning en de investeringsplannen van bonden medegefinancierd. Hier is in 2025 niet op gekort.

Vraag 525

Heeft u een overzicht van de resultaten van de Beweegalliantie?

Antwoord:

Het RIVM heeft een evaluatieplan ontwikkeld voor het Actieplan Nederland Beweegt. Het overkoepelend doel van de evaluatie is om te bepalen wat het effect is van alle ondernomen inspanningen en activiteiten vanuit het actieplan. De resultaten van het creëren van meer maatschappelijk initiatief voor bewegen via de Beweegalliantie is onderdeel van deze evaluatie. De eerste voortgangsrapportage wordt begin 2025 verwacht. In december 2025 volgt een eindrapportage met de evaluatie van het gehele actieplan Nederland Beweegt (Kamerstukken II 2023/24, 30 234, nr. 386).

Sinds de start heeft de Beweegalliantie onder meer de volgende resultaten bereikt, die ook meegenomen worden in de evaluatie:

- In 23 samenwerkingsverbanden van alliantiepartners worden succesvolle aanpakken (door)ontwikkeld en opgeschaald waardoor meer mensen structureel meer gaan bewegen op alle plekken waar zij dagelijks komen. Een voorbeeld hiervan is het stimuleren van meer bewegen tijdens de schooldag met praktische instrumenten zoals online informatie, handleidingen en trainingen om de aanpak Dynamische of Beweegrijke Schooldag vorm te geven en te implementeren. Bij dit voorbeeld richt de Beweegalliantie zich op alle vormen van onderwijs met focus op de jongste jeugd en praktisch onderwijs.
- Relevante concrete aanpakken worden ingebed in de uitvoering van lopend beleid van brancheorganisaties, provincies, regio's, gemeenten en meerdere ministeries. Hierdoor vindt snellere opschaling van sterke aanpakken plaats. Enkele voorbeelden hiervan zijn het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid en de Citydeal Fietsen voor iedereen.
- Door de aanpak met alliantiepartners (nu ruim 400) uit o.a. onderwijs, zorg- en welzijn, werk en actieve mobiliteit zijn er nieuwe, effectieve verbindingen ontstaan om meer mensen meer te laten bewegen. De sport- en beweegsector kan zo haar meerwaarde in andere domeinen meer en makkelijker toevoegen dan voorheen.

Vraag 526

Hoeveel mensen staan op dit moment op de wachtlijst voor de ggz?

Antwoord:

Volgens de laatste cijfers die de NZa heeft gepubliceerd waren er eind 2023 97.450 wachtplekken (Informatiekaart Wachtlijsten en aantal wachtplekken ggz 2023 - februari 2024 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)).

Vraag 527

Bent u van plan de signalen van het juridische loket mee te nemen in het IBO Mentale gezondheid en ggz?

Antwoord:

Het IBO Mentale gezondheid en ggz is een ambtelijk, onafhankelijk onderzoek, waarbij het uiteindelijk aan de onafhankelijke voorzitter en de IBO werkgroep is om te bepalen wat in welke mate wordt meegenomen. Hierbij is in de taakopdracht reeds onderkend dat er vele factoren zijn die van invloed zijn op de mentale gezondheid, die ook overlappen en interactie hebben met elkaar. Daarom is in de taakopdracht opgenomen dat in het IBO maximaal vier factoren worden meegenomen die van invloed zijn op de mentale gezondheid, waaronder bestaanszekerheid

(armoede, schulden en wonen), werk/arbeidsparticipatie en belasting door school of studie.

Vraag 528

Het Juridisch Loket heeft jaarlijks meer dan 700.000 contacten met mensen die juridische vragen en problemen hebben. Het gaat vaak over werk, wonen, armoede en schulden. Overweegt u de signalen van deze mensen mee te nemen in het IBO Mentale gezondheid en ggz?

Antwoord:

Er zijn vele factoren die van invloed zijn op de mentale gezondheid, die ook overlappen en interactie hebben met elkaar. Daarom is in de taakopdracht opgenomen dat in het IBO maximaal vier factoren worden meegenomen, waaronder bestaanszekerheid (armoede, schulden en wonen), werk/arbeidsparticipatie en belasting door school of studie. Het IBO Mentale gezondheid en ggz is een ambtelijk, onafhankelijk onderzoek, waarbij het uiteindelijk aan de onafhankelijke voorzitter en de IBO werkgroep is om te bepalen wat in welke mate wordt meegenomen in het IBO.

Vraag 529

Welke indicatoren worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te bepalen?

Antwoord:

Om kwaliteit van zorg te bepalen zijn er drie soorten indicatoren, namelijk uitkomst-, structuur- en procesindicatoren.

- Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten en effecten van de geleverde zorg. Het gaat dan zowel om klinische uitkomsten zoals complicaties en mortaliteit als om patiënt gerapporteerde uitkomsten zoals pijn en vermoeidheid.
- Structuurindicatoren richten zich op informatie over de organisatie van een zorgsysteem of over de omstandigheden die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren. Een concreet voorbeeld: «aanwezigheid van een stroke unit».
- Procesindicatoren richten zich op informatie over de kwaliteit van het zorgproces. Het gaat om het bepalen van het percentage gevallen waarbij een bepaalde procedure is gevolgd. Om te kijken of een richtlijn in de praktijk wordt toegepast worden vaak procesindicatoren gebruikt. Een concreet voorbeeld: «het percentage mensen met diabetes dat jaarlijks een oogheelkundig onderzoek krijgt».

Kwaliteitsindicatoren worden gebruikt om zorg te verbeteren, inzichtelijk te maken voor bijvoorbeeld keuze-informatie, patiëntveiligheid en zorginkoop.

Binnen de Medisch Specialistische Zorg wordt ernaar gestreefd om zoveel mogelijk in te zetten op uitkomstindicatoren als de belangrijkste indicatoren voor de kwaliteit van zorg en het leveren van de best passende zorg voor elke patiënt. Om deze ontwikkeling te versnellen zijn in het programma Uitkomstgerichte zorg sets ontwikkeld met uitkomstinformatie voor 33 aandoeningen. Om deze sets naar de praktijk te krijgen is in het IZA de volgende afspraak gemaakt: Partijen in de medisch specialistische zorg maken uitkomstinformatie transparant beschikbaar. Daarbij is het de ambitie dat in 2025 voor 50% van de ziektelast gerealiseerd te hebben.

Binnen de langdurige zorg is een ontwikkeling ontstaan, waarbij op een andere manier naar kwaliteit van zorg en ondersteuning wordt gekeken. In de generieke kompassen wordt een richting en beweging beschreven naar kwaliteit van bestaan. Ze wijken hierbij af van het sturen op kwaliteitsindicatoren en zetten meer in op narratieven, zoals kwaliteitsbeelden en cliëntervaringen. Verschillende handreikingen, waaiers en instrumenten ondersteunen de professionals om in de unieke context op kwaliteit te sturen.

Vraag 530

Wordt de «sluisperiode» voor dure en/of innovatieve geneesmiddelen aangepast of afgeschaft?

Antwoord:

De Minister ziet dat de sluis veel oplevert door prijsonderhandelingen met fabrikanten, maar ook dat de sluis scherpe randen kent. De Minister is voornemens de scherpe randen van de sluis te halen. De Minister van VWS heeft u onlangs geïnformeerd over voorstellen die daartoe kunnen leiden.⁹⁴

Vraag 531

Welke rol spelen de eigenbereidingen van apothekers bij het borgen van de toegang tot werkzame en betaalbare geneesmiddelen?

Antwoord:

Bereidingen zijn een belangrijk middel in patiëntenzorg, bijvoorbeeld omdat een specifieke sterkte of toedieningsvorm die een patiënt nodig heeft niet als geregistreerd geneesmiddel beschikbaar is. Apotheekbereidingen zijn echter geen brede oplossing voor tekorten. In 2023 bleek dat voor slechts 2% van de tekorten een apotheekbereiding een, al dan niet gedeeltelijke, oplossing was. Regelmatig komt het voor dat bijvoorbeeld de juiste grondstoffen niet aanwezig zijn. Of dat de apotheken technisch niet in staat zijn om het geneesmiddel te maken.

Vraag 532

Hoeveel mensen onder de 27 jaar in de ggz hebben toegang tot de Wlz?

Antwoord:

Op peildatum 30 juni 2024 hebben in totaal 3.045 mensen in de leeftijd van 18 t/m 26 jaar een aanspraak op GGZ-Wonen in de Wlz⁹⁵.

Vraag 533

Hoe wordt er gewerkt aan het verminderen van de tijd van nieuwe medicijnen in de sluis?

Antwoord:

Het is de inzet van de Minister van VWS om nieuwe dure geneesmiddelen die «in de sluis staan» zo snel als mogelijk beschikbaar te krijgen. In 2025 zet de Minister van VWS vooral in op het doorontwikkelen van het dashboard doorlooptijden dure geneesmiddelen. Onderdeel daarvan is meer specifiek inzicht geven in de eerste fase waarin een firma het dossier bij het Zorginstituut moet aanleveren, zodat duidelijker is welke partij aan zet is.

Verder wordt gewerkt aan het versnellen van de beoordeling van geneesmiddelen door het Zorginstituut. In het kader van de Europese HTA verordening gaat het Zorginstituut oncologische geneesmiddelen en *advanced therapy medicinal products* (ATMP's) samen met andere Europese lidstaten beoordelen. Dat moet leiden tot een efficiënter proces, en daardoor de juiste geneesmiddelen sneller bij de juiste patiënt brengen. Het is de verwachting dat dit ook fabrikanten tijd en kosten scheelt als zij documenten kunnen indienen op Europees niveau in plaats van in alle landen afzonderlijk. Om ervoor te zorgen dat geneesmiddelen daadwerkelijk eerder beschikbaar komen, is het belangrijk dat fabrikanten tijdig een compleet vergoedingsdossier aanleveren. Om andere uitdagingen het hoofd te bieden, zoals de toenemende complexiteit bij de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen, zet de

⁹⁴ Kamerstukken II 2024–25, 29 477, nr. 909

⁹⁵ Zorggebruikers met een geldige Wlz-indicatie op 30 juni 2024 met grondslag «psychische stoornis» | Maatwerk publicatie | Monitor Langdurige Zorg

Minister van VWS in op het verbeteren van het pakketbeheer voor dure geneesmiddelen. Over deze plannen is uw Kamer eerder geïnformeerd.⁹⁶ Het verbeterde pakketbeheer moet ertoe leiden dat uiterlijk vanaf 2027 artsen eerder en beter betrokken worden bij de beslissingen die we in Nederland nemen over de vergoeding van geneesmiddelen en dat patiënten sneller duidelijkheid hebben of een geneesmiddel wordt vergoed.

Vraag 534

Zijn er al interventies bekend voor ouders van kinderen in de jeugdzorg?

Antwoord:

Jeugdzorg is een breed begrip en kent veel interventies. Een interventie is het meest effectief wanneer niet alleen het kind maar ook de ouders worden ondersteund, bijvoorbeeld met psychoeducatie en opvoedondersteuning. Dit is dan ook onderdeel van de richtlijnen zoals opgenomen in de Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming.

In de Databank Effectieve jeugdinterventies | Nederlands Jeugdinstituut (nji.nl) van het Nederlands Jeugd Instituut zijn diverse interventies opgenomen die ook zien op ouders van jeugdigen. In totaal zijn er, op dit moment, 343 interventies opgenomen in de databank. Deze interventies zijn door een onafhankelijke erkenningscommissie beoordeeld.

Vraag 535

Bij hoeveel gezinnen bij kinderen in de jeugdzorg wordt het programma «Nu niet zwanger» betrokken?

Antwoord:

Het programma Nu Niet Zwanger bespreekt kinderwens en richt zich op mensen in kwetsbare omstandigheden. Het aantal gemeenten dat het programma Nu Niet Zwanger uitvoert, is het afgelopen anderhalf jaar gegroeid met ruim 20%, naar 285 gemeenten in totaal. Ook later in 2024 zullen nog nieuwe gemeenten aansluiten. Er zijn landelijk geen gegevens beschikbaar over bij hoeveel gezinnen met kinderen in de jeugdzorg het programma Nu Niet Zwanger wordt betrokken.

Vraag 536

Hoe groot wordt de schaal gemaakt voor specialistische jeugdzorg?

Antwoord:

Specialistische jeugdzorg is op dit moment onvoldoende beschikbaar voor jeugdigen die dit echt nodig hebben. Dit komt onder andere door de versnippering in de huidige regionale samenwerking en contractering van specialistische jeugdhulp. Met het wetsvoorstel Verbetering beschikbaarheid jeugdzorg en bijbehorende lagere regelgeving beoogt de regering om deze knelpunten aan te pakken door betere inkoop op de juiste schaal. Daarbij is het uitgangspunt dat regio's in staat moeten zijn om een aanzienlijk deel van de specialistische jeugdzorg zelf te organiseren.

Bij het bepalen van de regio-indeling in de concept-amvb is naar de zogenoemde «robuustheid van de regio» gekeken. Dit behelst een set van samenhangende criteria die bepaalt in welke mate de regio in staat is om specialistische jeugdzorg goed in te kopen. Na toetsing van de huidige 42 regio's hieraan en vervolgesprekken van het Rijk met diverse regio's is een regio-indeling in 41 jeugdzorgregio's opgenomen in de concept-amvb. Voor een zéér beperkt aantal vormen van jeugdzorg is landelijke schaal nodig. Ook dat wordt uitgewerkt in de regelgeving.

Vraag 537

⁹⁶ Kamerstukken II 2023–24, 29 477, nr. 883.

Hoe wordt gemonitord of en welke gevolgen deze wijziging heeft voor de stapeling van zorgkosten, verschuiving van de hulpvraag naar andere zorgvormen en de toegang tot passende zorg?

Antwoord:

De effecten van het wetsvoorstel waarmee de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) wordt ingevoerd zullen gemonitord worden t.b.v. een evaluatie. De inrichting van die monitor wordt nog nader uitgewerkt. Hierover zal de Tweede Kamer t.z.t. worden geïnformeerd. Verder is sinds vorig jaar een monitor stapeling eigen bijdragen ingericht.⁹⁷ Die monitor wordt jaarlijks van een update voorzien. De ivb zal na invoering meegenomen worden in deze monitor.

Vraag 538

Hoe wordt gemonitord of en welke gevolgen deze wijziging heeft voor de stapeling van zorgkosten, verschuiving van de hulpvraag naar andere zorgvormen en de toegang tot passende zorg?

Antwoord:

De effecten van het wetsvoorstel waarmee de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) wordt ingevoerd zullen gemonitord worden t.b.v. een evaluatie. De inrichting van die monitor wordt nog nader uitgewerkt. Hierover zal de Tweede Kamer t.z.t. worden geïnformeerd. Verder is sinds vorig jaar een monitor stapeling eigen bijdragen ingericht.⁹⁸ Die monitor wordt jaarlijks van een update voorzien. De ivb zal na invoering meegenomen worden in deze monitor.

Vraag 539

Is getoetst of invoering een inkomensafhankelijke eigen bijdrage bij alle maatwerkvoorzieningen per 2026 haalbaar is? Zo ja, hoe en met welke conclusies?

Antwoord:

Ja, dit is getoetst. In de uitvoeringstoets van het CAK van begin dit jaar heeft het CAK aangegeven dat invoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) per 2026 ambitieus is maar onder voorwaarden haalbaar. De planning is sindsdien wel onder nog hogere druk komen te staan vanwege een eind augustus ontvangen advies van de Raad van State om het wetsvoorstel overtuigender te motiveren en zo nodig aan te passen of deels te heroverwegen. Over de risico's en impact hiervan in relatie tot de planning en de impact sta ik in contact met de (vertegenwoordigers van) uitvoerende ketenpartijen, zoals het CAK en de VNG.

Vraag 540

Hoe wordt gemonitord welke gevolgen de invoering van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo heeft, voor de stapeling van zorgkosten, verschuiving van de hulpvraag naar andere zorgvormen en de toegang tot passende zorg?

Antwoord:

De effecten van het wetsvoorstel waarmee de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) wordt ingevoerd zullen gemonitord worden t.b.v. een evaluatie. De inrichting van die monitor wordt nog nader uitgewerkt. Hierover zal de Tweede Kamer t.z.t. worden geïnformeerd. Verder is sinds vorig jaar een monitor stapeling eigen bijdragen ingericht.⁹⁹ Die monitor wordt jaarlijks van een update voorzien. De ivb zal na invoering meegenomen worden in deze monitor.

Vraag 541

⁹⁷ Tweede Kamer II, 2023/24, 29 689, nr. 1226.

⁹⁸ Tweede Kamer II, 2023/24, 29 689, nr. 1226.

⁹⁹ Tweede Kamer II, 2023/24, 29 689, nr. 1226.

Per welk kwartaal kan de data van het project «Data op orde» verwacht worden?

Antwoord:

Het CBS zal in het eerste kwartaal van 2025 enkele landelijke kerncijfers over de Wmo publiceren op een apart dashboard bij het CBS. Deze cijfers hebben betrekking op het gebruik van de Wmo maatwerkvoorzieningen (aantal cliënten, leeftijd, sexe, etc.) en de gemeentelijke uitgaven voor de maatwerkvoorzieningen in de Wmo. Ook wordt een overzicht gepubliceerd met ontwikkelingen in het gebruik van de Wmo maatwerkvoorzieningen. Hierna worden deze kerncijfers over de Wmo jaarlijks geactualiseerd door het CBS en aangevuld met andere relevante landelijk beschikbare gegevens over de Wmo.

Vraag 542

Welke stappen worden de komende 4 jaar ondernomen om beter te voldoen aan het VN-verdrag handicap? Hoeveel geld is er gereserveerd voor de komende 4 jaar om deze stappen te nemen

Antwoord:

Op dit moment werken we aan het vertalen van de nationale strategie VN-verdrag Handicap 2040 in een werkagenda met een goede betrokkenheid van mensen met een beperking, hun vertegenwoordigende organisaties, gemeenten, ondernemers, overige organisaties en alle betrokken departementen. Met deze werkagenda wil het kabinet vanuit de inzet in de afgelopen jaren nieuwe stappen zetten in de beweging naar een toegankelijke samenleving voor mensen met een beperking. Ingezette inspanningen voor de doelstellingen van de strategie, zoals bijvoorbeeld de Banenspraak of het Bestuursakkoord toegankelijkheid openbaar vervoer, krijgen in deze werkagenda een plek.

Er zijn middelen beschikbaar op diverse onderdelen van de Rijksbegroting voor bestaand beleid dat bijdraagt aan de implementatie van het VN-verdrag. Zo heeft het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat bij indicatie sinds 2006 meer dan 500 miljoen euro besteed aan het toegankelijk maken van treinstations. Vanuit het Ministerie van VWS is bijvoorbeeld per 2024 de subsidie voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties structureel verhoogd met 25 miljoen per jaar, naar in totaal 50 miljoen per jaar. Verder is er vanuit het vorige coalitieakkoord structureel jaarlijks 5 miljoen beschikbaar gesteld voor de coördinatie van de implementatie van het VN-verdrag Handicap.

Vraag 543

Wat wordt gedaan om zorgverleners die 26 uur of minder werken te stimuleren om meer uren te werken?

Antwoord:

Meer uren werken en contractuitbreiding is een aangelegenheid van de werkgever en de werknemer. De Minister van VWS heeft daarin een stimulerende rol, maar kan dit niet opleggen. Uit een vignettenstudie van onderzoeksbureau Berenschot (<https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2023D31177>) blijkt dat het van belang is het goede gesprek tussen leidinggevenden en werknemers over contract(uitbreiding) te voeren om daarbij per werknemer te kijken wat wel en niet mogelijk is. Hier lijkt nog veel winst te behalen: werkgevers hebben dit gesprek met 60% van de zorgmedewerkers nog niet gevoerd. Daarnaast blijkt uit deze studie dat maatregelen gericht op betere roostering en werk-privé balans effectief zijn.

Regionaal werkgeverschap kan bijdragen aan meer uren werken, omdat zorgprofessionals bij meerdere organisaties in de regio kunnen werken. Dit draagt bij aan meer autonomie op het rooster, waardoor een betere werk-privé balans mogelijk is en meer uren gewerkt kunnen worden.

Met het koopkrachtpakket worden door het kabinet stappen gezet om werken lonender te maken, met bijvoorbeeld de verlaging van de inkomstenbelasting en vereenvoudiging van de huurtoeslag. Bij grotere stappen loopt het kabinet tegen twee dingen aan: Budgettaire beperkingen en de grenzen van het huidige belastingstelsel. Om grotere stappen te zetten moet de vormgeving van toeslagen en fiscaliteit grondig worden herzien. Het kabinet start daarom een hervormingsagenda voor het toeslagen- en belastingstelsel en diverse onderdelen van de sociale zekerheid. Met als belangrijk doel dat werk en meer uren werk moet lonen. Het kabinet stuurt daarom in het voorjaar een brief met enkele varianten en keuzeopties als start voor een open dialoog met het parlement. In de tussentijd werkt SZW verder aan het stimuleren van meer uren werken met de stelselherziening van de kinderopvangtoeslag en het groeifondsvoorstel Meeruren werkt!

Meeruren werkt! is gericht op het stimuleren van meer uren werken en gaat over de sectoren zorg, kinderopvang en (primair) onderwijs. De aanpak is grotendeels gebaseerd op de HPP-aanpak, welke VWS de afgelopen jaren heeft gesubsidieerd, en kan een goede verdere impuls geven aan meer uren werken.

Vraag 544

Kunt u toelichten hoe u de samenwerking tussen de GHZ en GGZ voor u ziet? Welke concrete maatregelen bent u van plan te nemen om dit te bewerkstelligen?

Antwoord:

Een aanzienlijk deel van mensen met een (ernstige) psychische aandoening heeft ook te maken met een (licht) verstandelijke beperking. Uit onderzoek blijkt dat bij gemiddeld 40% van de patiënten in de GGZ een vermoeden is van een LVB of zwakbegaafdheid. In de praktijk blijkt het organiseren van passende zorg voor deze doelgroep vaak ingewikkeld, onder andere omdat de verschillende sectoren elkaar niet altijd goed weten te vinden of belemmeringen ervaren in de wet- en regelgeving. Met het veld wordt gewerkt aan een voorstel om de samenwerking tussen beide sectoren te verbeteren met als doel beter passende zorg voor deze doelgroep te creëren.

Vraag 545

Kunt u toelichten naar welke sociale en technologische vernieuwingen u verwijst die tot nieuwe inzichten leiden in hoe het anders kan binnen de GHZ? Tot welke nieuwe inzichten bent u gebracht?

Antwoord:

In de gehandicaptenzorg worden al veel verschillende technologische innovaties ingezet. Het aanbod is divers. Zo is er domotica om de zelfstandigheid van mensen met een beperking te vergroten, maar zijn er ook zorgoproepsystemen waardoor zorgprofessionals meer zicht krijgen in de inhoud van binnenkomende vragen. Voor meer inzicht in de technologische innovaties die in de gehandicaptenzorg gebruikt worden, verwijst de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg naar de inventarisatie «Technologie in gebruik», uitgevoerd door de Innovatie-impuls 2. Hierin staat beschreven welke technologieën 69 organisaties¹⁰⁰ in de gehandicaptenzorg gebruiken.

Daarnaast zijn er sociale innovaties die tot het inzicht leiden dat het ook anders kan binnen de gehandicaptenzorg. In de gehandicaptenzorg worden er meerdere aanpakken die vernieuwend zijn in de persoonsgerichte zorg ontwikkeld en breder toegepast. Zo is er bijvoorbeeld een

¹⁰⁰ Inventarisatie onderzoek «Technologie in gebruik», versie juli 2024 https://www.academyhetdorp.nl/assets/uploads/Publicatie-Technologie-in-gebruik_versie-juli-2024.pdf

aanpak ontwikkeld om mensen die zelfstandig wonen, zorg en ondersteuning te bieden en het bijzondere van het gewone leven te kunnen laten ervaren. Dit leidt tot het inzicht dat voor sommige mensen met een beperking het gewone leven in een wijk beter passend is dan het wonen in een instelling. Ook is er een aanpak ontwikkeld om kamers van mensen met moeilijk verstaanbaar gedrag beter passend voor ze te maken. Dit leidt tot positiever gedrag, meer openheid naar anderen en een afname van intensieve zorg.

Vraag 546

Wat is de gezondheidswinst voor andere vaccinaties waar de Gezondheidsraad positief over heeft geoordeeld maar welke nog niet zijn geïmplementeerd? Kan het kabinet hiervan een schematische weergave geven per vaccin?

Antwoord:

De Gezondheidsraad (GR) gebruikt een beoordelingskader bij de advisering over vaccinaties, waarin de te behalen gezondheidswinst wordt meegenomen. Alleen als met een vaccinatie voldoende gezondheidswinst kan worden behaald, adviseert de Gezondheidsraad om het programma-tisch aan te bieden. Vaccinaties waarover de Gezondheidsraad positief heeft geadviseerd en die nog niet zijn geïmplementeerd zijn gordelroos (2019) en mpox (2023). Een schematische weergave van gezondheidswinst is niet goed te geven omdat gezondheidswinst niet statisch is, maar veranderlijk en onder meer afhankelijk van de context, zoals de mate waarin een ziekte rondgaat en de vaccinatiegraad.

Vraag 547

Wanneer ontvangt de Kamer de indicatoren, zoals opgesteld door het RIVM, voor de evaluatie van de «Toekomstagenda: zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking»?

Antwoord:

Het RIVM maakt een plan van aanpak voor een monitor behorende bij de Toekomstagenda, met een compact overzicht van mogelijke indicatoren die gevolgd kunnen worden in de tijd. De verwachting is dat het plan van aanpak voor de monitoring samen met de tweede voortgangsrapportage van de Toekomstagenda in het eerste kwartaal van 2025 naar de Kamer kan worden gestuurd.

Vraag 548

Kan een duidelijk tijdsplan worden geleverd voor het onderzoek naar de ontwikkelingen van cliëntenaantallen in het Wlz gedeelte van de gehandicaptenzorg?

Antwoord:

Het onderzoek naar de ontwikkelingen van cliëntaantallen in het Wlz gedeelte van de gehandicaptenzorg is tijdens de zomer '24 extern gegund. Begin september is het externe onderzoek van start gegaan en dit onderzoek wordt naar verwachting afgerond in Q2 van 2025. Na afronding zal het onderzoeksrapport openbaar worden gemaakt en zal ik uw Kamer daarover informeren.

Vraag 549

Wat is het huidige tekort aan arbeidsprofessionals in de zorg? Kan dit uitgesplitst worden per sector en per regio?

Antwoord:

In het antwoord op vraag 163 is een overzicht opgenomen van de arbeidstekorten per branche in 2024 in personen op basis van het prognosemodel zorg en welzijn. Hieronder is aanvullend een overzicht opgenomen van het tekort naar Regioplusregio in 2024 in personen, voor zowel het referentiescenario als het scenario Nieuw beleid. Voor een verdere toelichting op de prognose en de twee gehanteerde scenario's

wordt u verwezen naar de brief¹⁰¹ die naar uw Kamer is gestuurd. Naar verwachting zal de Minister van VWS uw Kamer aan het einde van dit jaar een nieuwe arbeidsmarktprognose toesturen met daarin de laatste inzichten ten aanzien van de verwachte ontwikkeling van het personeels-tekort.

Regioplusregio	Referentiescenario	scenario Nieuw beleid
Achterhoek	900	800
Amersfoort en omgeving	1.300	1.200
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	2.300	2.100
Amsterdam	2.400	2.300
Drenthe	1.500	1.300
Flevoland	1.200	1.100
Friesland	1.900	1.700
Gooi- en Vechtstreek	800	800
Groningen	1.900	1.700
Haaglanden en Nieuwe Waterweg Noord	3.300	3.100
Midden-Brabant	1.400	1.300
Midden-Gelderland	2.200	2.000
Noord- en Midden-Limburg	1.600	1.500
Noord-Holland Noord	2.000	1.800
Noordoost-Brabant	1.900	1.700
Regio Zwolle	1.500	1.400
Rijnmond	3.200	2.900
Rijnstreek	2.600	2.400
Stedendriehoek & Noord-Veluwe	2.200	2.000
Twente	1.900	1.700
Utrecht en omgeving	4.000	3.700
West-Brabant	2.400	2.200
Zaanstreek en Waterland	1.000	900
Zeeland	1.200	1.100
Zuid-Holland Zuid	1.100	1.000
Zuid-Limburg	2.000	1.800
Zuidoost-Brabant	2.400	2.200
Zuid-West Gelderland	1.900	1.700
Totaal¹	50.200	54.500

¹ Optelling wijkt af van totaal door afronding

Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn, ABF Research

Vraag 550

In welke regio's zijn de grootste tekorten aan zorgprofessionals?

Antwoord:

In het antwoord op vraag 549 is een overzicht opgenomen van de tekorten per Regioplusregio. Dit gaat om absolute aantallen. Aanvullend blijkt uit de spanningsindicator van het UWV¹⁰² voor het 2^{de} kwartaal 2024 dat de arbeidsmarkt voor zorg- en welzijnsberoepen in alle provincies in Nederland zeer krap is. De krapte is relatief het grootste in de provincies Zeeland en Utrecht.

Vraag 551

Welke criteria worden gehanteerd bij de periodieke evaluatie van subsidies die worden toegekend voor opleidingen met betrekking tot cultuursensitieve zorg?

Antwoord:

De subsidies van VWS voor werkgeverskosten rond opleiden – Sectorplan Plus 2024–2025 en Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg (KIPZ) – bevatten geen criteria voor cultuursensitieve zorg. Er zijn geen aparte subsidies gericht op het borgen van cultuursensitieve zorg in opleidingen.

¹⁰¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, kamerstuk 29 282, nummer 554

¹⁰² <https://www.werk.nl/arbeidsmarktinformatie/datasets>

De inhoud van zorgopleidingen wordt bepaald door het werkveld en onderwijs samen. Het is gebruikelijk dat de sector zichzelf reguleert als het gaat om het waarborgen van actuele thema's in goede zorg, bijvoorbeeld via de Governancecode Zorg. Deze bevat criteria voor passende en persoonsgerichte zorg.

Vraag 552

Welke mogelijkheden ziet u om meer samenwerking binnen de verschillende zorgopleidingen op zowel mbo, hbo als universitair niveau te stimuleren?

Antwoord:

Er zijn veel regionale samenwerkingsverbanden waarin zorgopleidingen van diverse onderwijssectoren met elkaar samenwerken en met zorginstellingen. Bijvoorbeeld binnen Zohra «Samenwerking en Onderwijsvernieuwing», Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn «Skills Based Arbeidsmarkt» en Werkgeversvereniging Zorg aan Zet «De zorg leert samen». Zij werken samen aan thema's als leven lang ontwikkelen, talentontwikkeling en onderwijsvernieuwing. De Minister van VWS moedigt deze samenwerkingen aan in gesprekken met werkgevers en onderwijs. Vanuit het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging zet de Minister zich in op het meer, samen en anders opleiden van zij-instromers voor de wijkverpleging via de subsidieregeling Inrichten Opleidingsstructuur Wijkverpleging. Samenwerkingsverbanden van zorg- en onderwijsinstellingen kunnen hiervoor een aanvraag indienen.

Vraag 553

In hoeverre is simulatieonderwijs onderdeel van de zorgopleidingen?

Antwoord:

Met de groeiende krapte op de arbeidsmarkt wordt het steeds belangrijker dat er toekomstbestendig en innovatief wordt opgeleid. Simulatieonderwijs kan hierin een belangrijke rol vervullen. Inspirerend voorbeeld is het dit jaar gestarte project *Digital United Training Concepts for Healthcare (DUTCH)*, waarin door inzet van schaalbare fysieke en virtuele simulatie zo'n 50% van het werkplek-leren kan worden vervangen en er bovendien aanzienlijk minder fysieke capaciteit en begeleidingscapaciteit nodig zal zijn voor het opleiden. Door de opleidingen efficiënter te organiseren kunnen er meer mensen sneller worden opgeleid en beschikbaar komen voor de diverse tekortsectoren. Bij de inzet van simulatie onderwijs kunnen de laatste inhoudelijke en technische ontwikkelingen en innovaties meegenomen worden, wat zal leiden tot versnelde toepassing en gebruik van innovaties in de zorg, zoals bijvoorbeeld VR en robotisering. De transformatie naar innovatiever opleiden is primair de verantwoordelijkheid van de opleidingsinstellingen.

Vraag 554

Hoe gaat u het stimuleren dat personeel in loondienst eerste keuze krijgt bij roosterindeling?

Antwoord:

Het bestrijden van het arbeidsmarkttekort in de zorg is een belangrijke prioriteit. In het regeerprogramma staat hierop wordt ingezet langs drie lijnen. Het vergroten van vakmanschap en werkplezier is daarvan een onderdeel. In de leidraad vakmanschap en werkplezier zal onder andere worden ingegaan op het herstellen van de balans tussen vast personeel en zzp'ers, wat weer bijdraagt aan betere roosters en het weer aantrekkelijk maken van het werken in loondienst. Ook door het bevorderen van regionaal werkgeverschap kan, waarbij medewerkers bij verschillende werkgevers in de regio werken, wordt tegemoetgekomen aan meer invloed op de roostering doordat medewerkers in loondienst meer autonomie en flexibiliteit ervaren ten aanzien van hun werkplek en hun rooster. In aanvulling daarop kunnen diverse goede voorbeelden van

bijvoorbeeld roostering gedeeld worden om te stimuleren dat personeel in loondienst een eerste keuze krijgt bij de roosterindeling. Deze goede voorbeelden zijn in belangrijke mate nu al beschikbaar via het ActieLeer-Netwerk. In verschillende cao's is inmiddels geregeld dat medewerkers in loondienst een eerste keuze dienen te hebben bij de roosterindeling. Overigens heeft het Ministerie van VWS geen betrokkenheid bij de totstandkoming van cao's. Dit is aan sociale partners.

Vraag 555

Hoe worden de structurele bezuinigingen op de intensiveringen van het zorgarbeidsmarktbeleid behaald? Kan nader worden gespecificeerd hoe dit uiteindelijk optelt tot het bedrag van € 130 miljoen, dat genoemd wordt in de bijlage van de Miljoenennota?

Antwoord:

De bezuinigingen gaan in per 2026. Dat betekent dat subsidies en opdrachten die de afgelopen jaren van dit budget werden bekostigd, in de regel zullen stoppen per 1 januari 2026. Een voorbeeld is het eindigen van SectorPlanPlus per 31 december 2025. Hiermee wordt de bezuiniging voor een groot deel ingevuld, namelijk circa 100 miljoen. Vanaf 1 januari 2026 is er daarmee dus geen subsidie meer beschikbaar voor werkgevers in zorg en welzijn om een extra impuls te geven aan opleidingsprojecten die gericht zijn op nieuwe instroom, op- en omscholing en behoud van medewerkers in de sector zorg en welzijn. Werkgevers dragen nu al een deel van voorbedeelde kosten en daarmee wordt het te bekostigen deel voor werkgevers groter vanaf 1 januari 2026.

Het overige budget wordt gevonden in het stopzetten van kleinere subsidies/opdrachten, bijvoorbeeld ten aanzien van de ondersteuning van de loopbaaninstrumenten per 2026. Zie verder ook mijn antwoord op vraag 89.

Vraag 556

Welke maatregelen worden er genomen om het aantal opleidingsplaatsen te maximaliseren zodat het artsentekort onder bijvoorbeeld SEH-artsen wordt tegengegaan? Is het capaciteitsorgaan hier al mee bezig?

Antwoord:

Het beschikbare aantal opleidingsplekken voor de SEH-artsen is gebaseerd op de ramingen en adviezen van het Capaciteitsorgaan. Hierover is in juni 2023 een kabinetsstandpunt naar de Kamer gestuurd.¹⁰³ Voor de medisch-specialistische opleidingsplaatsen, waaronder de opleidingsplaatsen voor SEH-artsen, is het advies van het Capaciteitsorgaan overgenomen. Eind 2025 brengt het Capaciteitsorgaan een nieuwe raming uit. Bij die raming worden de relevante veldpartijen betrokken.

Vraag 557

Welke stappen heeft het kabinet al gezet en welke stappen gaat het kabinet nog zetten om budget voor nieuwe vaccins beter te kunnen laten aansluiten op positieve adviezen van de Gezondheidsraad?

Antwoord:

Op voorhand wordt geen budget gereserveerd voor de implementatie van adviezen die mogelijk gaan komen. Dat zou ook niet goed werkbaar zijn, omdat het moment van advisering, kosten van een vaccin, doelgroep, uitvoerder etc., en daarmee de kosten, niet op voorhand bekend zijn. Financiële besluitvorming over nieuwe vaccinatiecampagnes vindt plaats tijdens het hoofdbesluitvormingsmoment inzake de begroting in het voorjaar.

Vraag 558

¹⁰³ Kamerstuk 29 282, nr. 521.

Kan in een tabel worden aangegeven hoeveel er per VWS -SPUK er begroot is over de jaren 2024, 2025, 2026 en 2027, gezien de 10% bezuinigingen op de SPUK's bij overheveling naar het gemeentefonds in combinatie met de bezuinigingen op de publieke gezondheid?

Antwoord:

De SPUK's die betrekking hebben op publieke gezondheid zijn in onderstaande tabel weergegeven. De budgetkorting van 10% per 2026 uit het Hoofdlijnenakkoord is reeds verwerkt op deze budgetten.

Omschrijving SPUK	2024	2025	2026	2027
Regeling heroïnebehandeling	16	16	15	15
Versterking GGD'en	46	54	50	42
Specifieke uitkering PrEP/aanvullende seksuele gezondheidszorg	47	47	43	40
Brede SPUK ¹	296	296	214	

¹ De huidige Brede SPUK is t/m 2026 vastgesteld en bevat niet uitsluitend thema's op het terrein van publieke gezondheid, maar ook op het terrein van sport en de sociale basis. Voor de onderdelen kansrijke start, valpreventie, gezondheidsachterstanden, mantelzorg, sportakkoord en de Brede Regeling Combinatiefunctionarissen is er structureel budget beschikbaar.

Bedragen in € mln

De ingeboekte ombuiging van € 300 miljoen op publieke gezondheid is niet gekoppeld aan de 10% korting op de SPUK's. Deze ombuiging wordt volledig ingeboekt op het beleidsprogramma Pandemische Paraatheid. Daarnaast is er een Rijksbrede generieke korting op subsidies in het Hoofdlijnenakkoord opgenomen, welke ook raakt aan onderwerpen op het terrein van publieke gezondheid. In de ontwerpbegroting 2025 is voor de jaren 2026 en verder de taakstelling nog niet beleidsmatig ingevuld. Wel is er een korting naar rato opgenomen om alvast meerjarig budgettair de taakstelling te verwerken. Voor de invulling van de subsidietaakstelling in 2026 en verder ontvangt u vóór de begrotingsbehandeling van VWS een nota van wijziging.

Vraag 559

Indien de SPUK-regelingen worden overgeheveld naar het gemeentefonds, vervallen dan ook alle formulieren die moeten worden ingevuld? Hoe en aan wie gaat de verantwoording plaatsvinden van de preventiedoelen, per overgehevelde SPUK-regeling? Is bij de overheveling het geld om de specifieke preventiedoelen te behalen geoormerkt voor het specifieke preventiedoel? Kunnen gemeenten vrij schuiven met middelen tussen de overgehevelde SPUK-regelingen?

Antwoord:

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Op dit moment bestaat naast de Specifieke Uitkering ook de vorm van een Algemene Uitkering en een Decentralisatie uitkering. Alle drie de vormen van uitkeringen, hebben andere spelregels omtrent toekenning en verantwoording. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering. Dit geldt dus ook voor de specifieke uitkeringen gekoppeld aan preventie van VWS. De budgetkorting van 10% is reeds verwerkt in de beleidsbudgetten. Hoe monitoring en verantwoording er dan uit zal zien, is op dit moment nog niet helder, omdat de besluitvorming over de overheveling en de vorm daarvan nog loopt.

In het GALA is afgesproken dat door VWS in samenwerking met VNG en ZN een voorstel wordt uitgewerkt hoe taken en bevoegdheden in wet- en

regelgeving kunnen worden verankerd, in het licht van de balans van plichten van zorgverzekeraars en gemeenten en tegen de achtergrond van de wens van gemeenten om structurele financiering via het Gemeentefonds te laten verlopen. Het Ministerie van BZK wordt hier ook bij betrokken.

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties werkt momenteel daarnaast aan de herziening van het uitkeringstelsel, waarbij een mogelijk alternatief voor de Decentralisatie Uitkering in werking wordt gesteld middels een Bijzondere Fondsuitkering.

Vraag 560

Kan worden toegelicht welke gevolgen de ombuiging van € 50 miljoen door het verlagen van de SPUK voor de GGD heeft voor de ASG?

Antwoord:

Deze ombuiging heeft geen consequenties voor de Regeling specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling). Het heeft betrekking op de Regeling specifieke uitkering versterking GGD'en die wordt verstrekt in het kader van pandemische paraatheid.

Vraag 561

Kan aangegeven worden welke gevolgen dit kabinet ziet naar aanleiding van de 10% bezuiniging op de SPUK vanaf 2026 op de uitvoering van de ASG-regeling?

Antwoord:

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering. Dit geldt dus ook voor de specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling). Omdat er op dit moment nog geen keuze is gemaakt over een eventuele overheveling, zijn de gevolgen nog niet aan te geven. De budgetkorting van 10% is reeds verwerkt in de beleidsbudgetten.

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zal begin 2025 de Kamer informeren over welke stappen hij gaat zetten om te komen tot een verbetering van het stelsel van de aanvullende seksuele gezondheidszorg, waarin ook de besluitvorming en consequenties over het eventueel definitief omzetten van de ASG-regeling wordt meegenomen. Daarbij zal bijvoorbeeld gekeken worden naar een uitgebreidere wettelijke verankering van deze activiteiten in de Wet publieke gezondheid.

Vraag 562

Hoe verhoudt de bezuiniging op de ASG-SPUK zich tot de bevindingen uit het AEF-rapport «SOA-zorg en seksualiteit-hulpverlening onder druk» waaruit duidelijk wordt dat financiële knelpunten in het huidige systeem al een groot obstakel zijn?

Antwoord:

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport is bekend met de beperkingen die de GGD'en ervaren. De Regeling specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling) is aanvullend op de huisartsenzorg en bedoeld voor personen die een verhoogd risico lopen op soa én een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan. De soa-zorg bij de GGD is gratis, anoniem en kwalitatief goed. Dit leidt ertoe dat ook personen de GGD benaderen, terwijl zij eigenlijk naar de huisarts zouden kunnen gaan, maar de GGD prefereren vanwege bijvoorbeeld de

gratis zorg. De zorg voor personen die daadwerkelijk een te grote drempel ervaren om naar de huisarts te gaan, komt daarmee in het geding. Dit constateert ook bureau AEF in de toekomstverkenning¹⁰⁴ waar in de vraag naar verwezen wordt.

In het regeerprogramma is voorts aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering. Dit geldt dus ook voor de specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling). De budgetkorting van 10% is reeds verwerkt in de beleidsbudgetten.

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zal begin 2025 de Kamer informeren over welke stappen hij gaat zetten om te komen tot een verbetering van het stelsel van de aanvullende seksuele gezondheidszorg, waarin zowel de toekomstverkenning als de besluitvorming en consequenties over het eventueel definitief omzetten van de ASG-regeling wordt meegenomen. Daarbij zal bijvoorbeeld gekeken worden naar een uitgebreidere wettelijke verankering van deze activiteiten in de Wet publieke gezondheid.

Vraag 563

Hoe schat u de mogelijke gevolgen in van een overheveling van de SPUK-ASG naar het gemeentefonds?

Antwoord:

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering. Dit geldt dus ook voor de specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling). De budgetkorting van 10% is reeds verwerkt in de beleidsbudgetten.

Omdat er op dit moment nog geen keuze is gemaakt over een eventuele overheveling, zijn de gevolgen nog niet aan te geven. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zal begin 2025 de Kamer informeren over welke stappen hij gaat zetten om te komen tot een verbetering van het stelsel van de aanvullende seksuele gezondheidszorg, waarin ook de besluitvorming en consequenties over het eventueel definitief omzetten van de ASG-regeling wordt meegenomen. Daarbij zal bijvoorbeeld gekeken worden naar een uitgebreidere wettelijke verankering van deze activiteiten in de Wet publieke gezondheid.

Vraag 564

In de begroting staat dat ziektepreventie zowel bij «subsidies» (regelingen) als bij «opdrachten» vanaf 2026 sterk afnemen. Waar vallen deze ombuigingen precies?

Antwoord:

De afname van subsidies en opdrachten voor ziektepreventie betreft geen ombuigingen of bezuinigingen. In de reeksen zijn onder andere de

¹⁰⁴ Bijlage bij Kamerstukken II, 2023–2024, 32 239, nr. 1

middelen opgenomen die incidenteel beschikbaar zijn gesteld voor de bestrijding van het coronavirus, waardoor de reeksen vanaf 2026 sterk afnemen. Voor ziektepreventie is in 2025 nog € 46,5 miljoen beschikbaar voor de landelijke coördinatie van de COVID-19-vaccinaties door GGD GHOR NL. Daarnaast is voor de voortzetting van C-support in 2025 € 8,2 miljoen gereserveerd. Vanaf 2026 zijn hiervoor vooralsnog geen middelen gereserveerd. Voor opdrachten ziektepreventie zijn in 2026 nog middelen beschikbaar voor de aankoop van COVID-19-vaccins. Vanaf 2027 zijn hiervoor vooralsnog geen middelen gereserveerd. Hierdoor nemen de reeksen sterk af.

Vraag 565

Kan in kaart worden gebracht waar de ombuiging op «lokale aanpak» van het jaar 2026 en het jaar 2027 precies landt? Dus op welke subsidies wordt bezuinigd?

Antwoord:

De «Lokale aanpak» middelen betreffen de middelen die aan gemeenten zijn toegekend vanuit de brede specifieke uitkering. Middels deze middelen geven gemeenten uitvoering aan het Gezond en Actief Leven Akkoord en het Sportakkoord. Een deel van de middelen is tijdelijk toegekend t/m 2025 of t/m 2026. Daarom ziet u dat een deel van de middelen stopt per 2026 of per 2027. Tijdelijke middelen die in de brede specifieke uitkering zitten, zijn de middelen voor de programma's: mentale gezondheid, aanpak overgewicht en obesitas, leefomgeving, opgroeien in een kansrijke omgeving en vroegsignalering alcoholproblematiek, wijkaanpak sociale basis, een tegen eenzaamheid, welzijn op recept, versterken kennisfunctie GGD'en en de regionale aanpak preventie. Daarnaast ziet u in 2027 onder het kopje «lokale aanpak» ook dat de middelen onder het thema sport en bewegen uit de brede spuk, niet meer hieronder vallen. Dat is een technische verschuiving, vanwege dat het op dit moment nog onduidelijk is hoe het vervolg van de instrumentkeuze eruit komt te zien. De middelen van de Brede Regeling Combinatiefunctie-narissen zijn wel structureel. De budgetkorting van 10% is reeds verwerkt in de beleidsbudgetten.

Vraag 566

Hoeveel was er via verschillende subsidies, en beleidsmatig gereserveerde middelen en SPUK's voor Kansrijke Start begroot in 2024, 2025, 2026 en 2027?

Antwoord:

Voor Kansrijke Start zijn structurele middelen beschikbaar. Het gaat in totaal om een bedrag van € 23 miljoen. Er gaat een oplopende reeks naar gemeenten om ervoor te zorgen dat in alle gemeenten van Nederland wordt ingezet op een Kansrijke Start. In 2024 is € 16 miljoen beschikbaar, in 2025 eveneens € 16 miljoen en vanaf 2026 jaarlijks € 20 miljoen. Deze middelen worden via de brede SPUK behorende bij het GALA beschikbaar gesteld aan gemeenten.

De resterende middelen worden in een aflopende reeks ingezet voor programma-uitvoering van het landelijke actieprogramma Kansrijke Start. In 2024 gaat het om € 7 miljoen, in 2025 gaat het om ongeveer € 6 miljoen. Hiervan wordt onder andere ondersteuning van gemeenten door Pharos gefinancierd, de landelijke uitrol van Nu Niet Zwanger, monitoring en evaluatie, de inrichting van een leerinfrastructuur. Het landelijk actieprogramma loopt tot eind 2025. In het regeerprogramma is opgenomen dat er afspraken worden gemaakt met gemeenten over de inzet van bewezen effectieve maatregelen, zoals Kansrijke Start. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport gaat hierover in gesprek met gemeenten. Daarnaast beziet de Staatssecretaris in overleg met betrokken partijen wat er na 2025 nodig is aan landelijke ondersteuning. De Staatssecretaris zal uw Kamer te zijner tijd hierover informeren.

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering. Dit geldt ook voor de specifieke uitkering Brede-SPUK regeling. De korting van 10% op de middelen voor Kansrijke Start die deel uitmaken van de Brede-SPUK regeling is voor 2027 e.v. verwerkt in de beleidsbudgetten.

Vraag 567

Welke zorgdomeinen en -wetten worden betrokken bij de aangekondigde visie op marktwerkingen en welke niet?

Antwoord:

In het najaar van 2024 stuurt de Minister van VWS uw Kamer een brief over marktwerking in de zorg. Deze brief richt zich op de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt: de curatieve zorg. De reden hiervoor is dat dit het domein is waarvoor sinds 2006 sprake is van gereguleerde marktwerking met private zorgverzekeraars.

Vraag 568

Kunnen gemeenten en GGD'en hun rol waarmaken met de toegewezen middelen aangaande suïcidepreventie?

Antwoord:

Voor de middelen naar gemeenten is uitgegaan van de € 10 mln. die als onderbouwing in het initiatiefwetsvoorstel Integrale Suïcidepreventie is opgenomen en waar uw Kamer mee heeft ingestemd. In hoeverre dit voldoende is, moet blijken uit de uitvoeringstoets zoals die nu door de VNG wordt uitgevoerd. Over de bevindingen wordt u naar verwachting uiterlijk in december 2024 te kunnen geïnformeerd.

Vraag 569

Wat is de stand van zaken van lijkschouw door de physician assistant?

Antwoord:

Op 21 april 2023 heeft uw Kamer het eindrapport van Bureau HHM over de «Lijkschouw in de langdurige zorg» ontvangen. In dit rapport wordt geadviseerd om wettelijke ruimte te creëren voor pilots met lijkschouw door zowel physician assistants (PA's) als Verpleegkundig Specialisten in de langdurige zorg. Voor een dergelijke pilot is een wetwijziging nodig. Op dit moment bestaat echter nog geen overeenstemming tussen de betrokken beroepsverenigingen over de invulling van een pilot. Naar verwachting vinden dit najaar nog vervolgesprekken plaats waar ook experts vanuit de praktijk en wetenschap aan deelnemen.

Vraag 570

Hoeveel van het geld van Kansrijke Start wordt beschikbaar gesteld voor het programma Nu niet zwanger?

Antwoord:

In het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is de afspraak opgenomen dat gemeenten ervoor zorgen dat inwoners in de vruchtbare leeftijd (die in een kwetsbare situatie verkeren) voldoende regie (kunnen) nemen op hun kindervens. Het programma Nu niet zwanger (inclusief de eventuele anticonceptie) kan bekostigd worden door de gemeente vanuit de structurele middelen voor Kansrijke Start als onderdeel van de SPUK-regeling, behorend bij het GALA, maar ook uit andere middelen. Daarin hebben gemeenten beleidsvrijheid. Het is niet bekend hoeveel of welk deel van de middelen voor Kansrijke Start in de SPUK-regeling aan

het programma Nu Niet Zwanger worden besteed. We weten wel dat het aantal gemeenten dat het programma Nu Niet Zwanger uitvoert, in het afgelopen anderhalf jaar is gegroeid met ruim 20%, naar 285 gemeenten in totaal. Ook later in 2024 zullen nog nieuwe gemeenten aansluiten. Het landelijk programmateam van Nu Niet Zwanger bij GGD GHOR Nederland ontvangt daarnaast nog t/m 2027 subsidiemiddelen vanuit het Ministerie van VWS om gemeenten te ondersteunen bij de inrichting en uitrol van het programma.

Vraag 571

Het budget van ZonMw artikel 6 van € 10,2 miljoen wordt stapsgewijs verlaagd naar 0,5 miljoen 2028. Van welke specifieke sportonderzoeken gaat dit ten koste?

Antwoord:

Besluitvorming over welke specifieke sportonderzoeken dit gaan merken vindt de komende weken plaats. Voor de begrotingsbehandeling van VWS op 23 en 24 oktober wordt dit duidelijk

Vraag 572

Heeft u inzicht in het gebruik van SPUK-gelden voor sport door gemeenten? Hoeveel gemeenten gebruiken SPUK-gelden voor sport?

Antwoord:

Via de SiSa systematiek verantwoorden gemeenten elk jaar het gebruik van de SPUK-gelden voor sport. Het gaat hierbij om verschillende regelingen:

- Brede SPUK – hier doen 342 gemeenten aan mee (onderdelen Brede Regeling Combinatiefuncties en de uitvoering lokale sportakkoorden). Het aangevraagd bedrag betreft circa € 100 miljoen.
- SPUK Stimulering Sport – hier doen 329 gemeenten aan mee. Het aangevraagd bedrag betreft circa € 188 miljoen.

Hoeveel van deze aanvragen in 2024 daadwerkelijk wordt besteed wordt door gemeenten in medio 2025 bekend.

Vraag 573

Het Voedingscentrum heeft in 2024 minder subsidie gekregen dan in 2023, wat was de reden voor deze vermindering? Welke contractuele overeenkomst ligt hieronder? Wat heeft het Voedingscentrum minder bereikt in 2024 ten opzichte van 2023?

Antwoord:

Het Voedingscentrum ontvangt jaarlijks een instellingssubsidie. Deze subsidie valt onder de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS. Het verschil in de bedragen voor 2023 en 2024 wordt veroorzaakt door de OVA die pas later dit jaar wordt uitgekeerd. Het verschil in bedragen heeft niets te maken met de behaalde resultaten van het Voedingscentrum.

Vraag 574

Welke contractuele overeenkomst ligt onder de subsidie voor Jongeren op Gezond Gewicht aanpak (JOGG)? Wat was de reden voor de vermindering van subsidie in 2024 ten opzichte van 2023? Wat heeft JOGG in 2024 minder bereikt dan in 2023?

Antwoord:

JOGG ontvangt jaarlijks een instellingssubsidie. Deze subsidie valt onder de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS. Het verschil in de bedragen voor 2023 en 2024 wordt veroorzaakt door de OVA die pas later dit jaar wordt uitgekeerd. Het verschil in bedragen heeft niets te maken met de behaalde resultaten van JOGG.

Vraag 575

Welke resultaten worden verwacht van de subsidie aan JOGG, in woorden en in cijfers? Welke resultaten zijn bereikt in 2024 en in 2023, in woorden en in cijfers?

Antwoord:

JOGG ontvangt een subsidie voor het inrichten van een JOGG-aanpak in gemeenten om te komen tot een gezondere leefomgeving voor kinderen en jongeren in Nederland. Tevens wordt de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) gesubsidieerd, waarmee passende ondersteuning en zorg wordt geboden aan kinderen die overgewicht en obesitas hebben. Daarbij wordt toegewerkt naar ondersteuning van alle 342 gemeenten. Momenteel zijn 230 van de 342 gemeenten in Nederland JOGG gemeenten, waarbij ongeveer 100 gemeenten ook op KnGG actief zijn. De JOGG gemeenten zetten de JOGG-aanpak in 9.100 buurten in, waarmee bijna 2,4 miljoen kinderen en jongeren worden bereikt. De behaalde resultaten zijn te vinden in de jaarverslagen van JOGG op jogg.nl.

Vraag 576

Sinds wanneer wordt subsidie verstrekt aan JOGG? Kunt u een overzicht geven van de bedragen per jaar en de resultaten per jaar?

Antwoord:

Er wordt sinds 2015 subsidie verstrekt aan de stichting JOGG. Het aantal JOGG-gemeenten is sinds 2015 van 91 JOGG-gemeenten jaarlijks doorgroeid naar 230 JOGG-gemeenten (tweederde van alle Nederlandse gemeenten). Daarnaast heeft de afgelopen jaren ook een groei plaatsgevonden in het aantal KnGG-gemeenten naar ongeveer 100 gemeenten op dit moment. De JOGG-aanpak heeft de afgelopen jaren geresulteerd in een groei omtrent het creëren van een gezonde omgeving. Zo zijn er inmiddels ruim 2600 sport- en buurtlocaties die hun aanbod gezonder maken (dit waren er 425 in 2015). 1000 kinderopvanglocaties hebben aandacht voor gezonde voeding en bewegen en 78% van de basisscholen met een vignet Gezonde School bevindt zich in een JOGG-gemeente (dit was 5% in 2015). Meer dan 50 cateraars en leveranciers werken aan een gezonder voedingsaanbod (in 2015 waren dit 23 cateraars) op meer dan 1000 voortgezet onderwijs en mbo-scholen (Akkoord Gezonde Voeding op Scholen). Daarnaast zijn 30 partijen aangesloten bij het Convenant Gezonde Sportevenementen, en zorgen 33 dagattracties voor een gezonder voedingsaanbod op 120 locaties tijdens een dagje uit (Convenant Gezond Uit). Deze opsomming geeft slechts een deel van de resultaten van de JOGG-aanpak weer. Bovendien zijn er meerdere onderzoeken uitgevoerd naar de JOGG-aanpak. Een volledig overzicht van de financiën en resultaten is terug te vinden in de jaarverslagen van JOGG.

Vraag 577

Voor hoe lang is de subsidie aan JOGG juridisch vastgelegd? Op welke termijn kan het subsidiebedrag aan JOGG worden verminderd? Op welke termijn kan er een resultaatverplichting worden verbonden aan de subsidie?

Antwoord:

JOGG ontvangt jaarlijks een instellingssubsidie. Bij de jaarlijkse verstrekking van de subsidie kunnen resultaatverplichtingen worden afgesproken. Dit wordt reeds gedaan op het aantal JOGG- en KnGG-gemeenten. Er moet een redelijke afschalingstermijn worden gehanteerd voor instellingssubsidies blijkend uit de Algemene Wet Bestuursrecht.

Vraag 578

In hoeverre gaat het huidige preventiebeleid uit van maatregelen gericht op schadebeperking en risicopreventie?

Antwoord:

Er zijn veel definities en indelingen in omloop over gezondheidspreventie. Veelal worden de volgende onderdelen onderscheiden:

- Ziektepreventie om ziekte te voorkomen of het tijdig signaleren ervan om de behandeling te starten, bijvoorbeeld door bevolkingsonderzoeken en vaccinaties.
- Gezondheidsbevordering om het verbeteren van de gezondheid van een individu of een gemeenschap, bijvoorbeeld door het bevorderen van een gezonde leefstijl en de mentale gezondheid.
- Gezondheidsbescherming om ons te beschermen tegen gezondheidsrisico's waar we zelf geen of nauwelijks invloed op hebben, bijvoorbeeld door toezicht op de veiligheid van voedsel en producten en pandemische paraatheid.

Het huidige preventiebeleid heeft betrekking op al deze drie onderdelen.

Vraag 579

Hoe heeft het aantal rokers in Nederland zich de afgelopen jaren ontwikkeld? Kunt u dit aantal uitsplitsen naar de afgelopen vier jaar?

Antwoord:

Er is een langjarig dalende trend in het aantal rokers. In 2020 rookte 20,2% van de volwassenen, in 2021 lag het percentage op 20,6%, in 2022 was dit 18,9% en vorig jaar rookte 19,0% van de volwassenen. Tien jaar geleden lag dit getal nog op 25,7%.¹⁰⁵

Vraag 580

Klopt het dat in 2025 subsidie wordt gegeven aan het Erasmus MC Flykids voor het ontwikkelen en implementeren van een leefstijlscreeningsinstrument voor kinderen? Het Erasmus MC ontving in 2023 dezelfde subsidie terwijl het proefschrift over dit instrument op 8 september 2023 is verdedigd. Als er in 2025 subsidie wordt gegeven, waar is dit voor bedoeld?

Antwoord:

In de periode 2019–2022 ontving een consortium o.l.v. het Erasmus MC subsidie om een leefstijlscreeningsinstrument voor kinderen van 0 tot 4 jaar te ontwikkelen. Het leefstijlscreeningsinstrument FLY-Kids is in 2023 opgeleverd. Voor de periode 2023–2025 ontvangt het Erasmus MC een subsidie ten behoeve van de digitalisering van FLY-Kids, alsmede voor de implementatie binnen de Jeugdgezondheidszorg.

Vraag 581

Welke contractuele overeenkomst ligt onder de subsidie voor Gezonde School? Voor hoe lang is deze toegekend en welke resultaten worden verwacht van deze subsidie?

Antwoord:

Gezonde School ontvangt jaarlijks een instellingssubsidie. Deze subsidie valt onder de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS. Het doel van de Gezonde School is een gezonde leefstijl vanzelfsprekend te maken voor leerlingen en studenten. Om dit te bereiken worden scholen gefaciliteerd om aan de slag te gaan met het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Vraag 582

Welke resultaten zijn bereikt met het toegekende bedrag in 2024? Hoeveel procent van de subsidie wordt besteed aan overheadkosten? Wat is de relatie tussen deze subsidie Gezonde School en de subsidie gratis schoolmaaltijden (via het Ministerie van OCW)?

Antwoord:

De resultaten van het schooljaar 2023–2024 zijn te vinden op de website van Gezonde School. In 2023 gingen bijvoorbeeld 710 basisscholen, 244 scholen in het voortgezet onderwijs en 71 MBO-locaties aan de slag met

¹⁰⁵ Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut.

Gezonde School. De overheadkosten bedragen 6% van het totaalbudget. Het programma Schoolmaaltijden en het programma Gezonde School zijn twee aparte programma's die elkaar aanvullen en met elkaar samenwerken. Gezonde School zorgt ervoor dat er schoolbreed aandacht is voor gezonde voeding.

Vraag 583

In welke mate zijn schone toiletten op basis- en middelbare scholen onderdeel van het Gezonde School-programma?

Antwoord:

Hygiëne is een thema binnen het Gezonde School-programma, waar basis- en middelbare scholen uit kunnen kiezen. Binnen dit thema is aandacht voor een schone en gezonde schoolomgeving. Schone toiletten vallen hier ook onder.

Vraag 584

Hoe wordt de aangekondigde bezuiniging op de subsidieregeling voor veelbelovende zorg behaald? Op welke specifieke onderdelen wordt gekort?

Antwoord:

Onderzoek naar veelbelovende zorg wordt vanuit de overheid onder andere gestimuleerd met de Subsidieregeling Veelbelovende Zorg. Het doel van deze subsidieregeling is het versnellen van de toegang van de patiënt tot potentieel veelbelovende zorg. De subsidieregeling loopt sinds 2019. Een deel van de beschikbare middelen voor de subsidieregeling is de afgelopen jaren niet uitgegeven, wat inhoudt dat er sprake is van onderuitputting. Om die reden is het beschikbare budget voor de Subsidieregeling Veelbelovende Zorg verlaagd (van jaarlijks € 69 miljoen naar € 39 miljoen vanaf 2025). Er is geen sprake van korting op specifieke onderdelen.

Vraag 585

Bij curatieve zorg (tabel 28) zijn er grote verschuivingen ten aanzien van de totale verplichtingen. Het verloop is van € 675 miljoen in 2024, naar € 5 miljard in 2025 tot € 4 miljard in 2026. Kan een toelichting worden gegeven op dit verloop? Welke beleidsveranderingen liggen hieraan ten grondslag?

Antwoord:

Voor 2024 liggen hier geen beleidsveranderingen ten grondslag, het is voornamelijk het gevolg van de systematiek van het beschikbaar stellen van de benodigde verplichtingenruimte per jaar. De benodigde verplichtingenruimte wordt voor elke jaar gefaseerd vrijgegeven bij de tweede suppletoire begroting in het najaar van dat jaar. Een grote post waarvoor de verplichtingenruimte nog zal worden bijgesteld is bijvoorbeeld de rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds voor de financiering van verzekerden jonger dan 18 jaar (€ 3,4 miljard). Voor 2025 valt de verplichtingenruimte eenmalig hoger uit door het aangaan van de meerjarige financieringsovereenkomst voor Pallas (€ 1,2 miljard).

Vraag 586

Extra geld gaat naar de curatieve GGZ wat vooral bedoeld is voor de vertrouwenspersonen en hybride werken. Hoeveel geld gaven de zorgverzekeraars in totaal uit voor de GGZ in de jaren 2021, 2022 en 2023? Wat is de inzet van de zorgverzekeraars, naast die van bemiddeling, om mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen niet te lang op de wachtlijst te laten staan?

Antwoord:

In de begroting van VWS gaan inderdaad extra middelen naar vertrouwenspersonen en hybride werken. Daarnaast zijn er nog de uitgaven van de verzekeraars, de zogenaamde premiemiddelen. Onderstaande tabel zet

de uitgaven van verzekeraars aan de curatieve ggz uiteen voor 2021, 2022 en 2023.

(bedragen x € 1.000.000)	2021 ¹	2022	2023
Zorguitgaven Curatieve Geestelijke Gezondheidszorg	2.925,4	4.596,5	5.036,2
Correctieboeking van de schadelastdip ggz	1.247,0		
Totaal uitgaven Zvw-ggz	4.172,4	4.596,5	5.036,2

¹ In 2022 is een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz ingevoerd. Hierdoor is er in 2021 om technisch-administratieve redenen sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. Deze technische aanpassing had geen gevolgen voor de hoeveelheid ggz die kon worden geleverd of op de omzetten van zorgaanbieders. Er was geen sprake van een bezuiniging.

Wat betreft de inzet van verzekeraars voor wachtenden is het goed om op te merken dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Dit betekent dat zij ervoor moeten zorgen dat iedere verzekerde binnen een redelijke tijd en afstand de zorg krijgt die nodig is. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. In het document «De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars» formuleert de NZa haar verwachtingen over hoe zorgverzekeraars hieraan uitvoering moeten geven. In het eerste hoofdstuk wordt er ingegaan op de rol van zorgverzekeraars indien er sprake is van wachttijden. Zo wordt er van zorgverzekeraars verwacht dat zij het signalenproces op orde hebben zodat knelpunten tijdig in kaart worden gebracht. Daarnaast moeten zorgverzekeraars concrete afspraken maken met zorgaanbieders die bijdragen aan de toegankelijkheid van de zorg. Zo neemt een verzekeraar bijvoorbeeld verzoeken tot bijcontractering in behandeling en neemt hij daarover tijdig een besluit. Ook evalueert de zorgverzekeraar periodiek hoe het signaleren en aanpakken van de wachttijdproblematiek gaat. Op deze manier wordt door zorgverzekeraars gepoogd de wachttijden te beperken. Voor het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz voor mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord. In elke regio wordt de komende maanden op basis van de zorgvraag in kaart gebracht wat de cruciale zorgnetwerken zijn. Deze cruciale zorgnetwerken worden vanaf 2026 waar nodig gelijkgericht ingekocht door verzekeraars, zodat dit zorgaanbod voldoende beschikbaar is voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Met onder andere Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse ggz is ook afgesproken dat er tot die tijd geen cruciaal aanbod verdwijnt om financiële redenen.

Vraag 587

Wat wordt de aanpak voor geneesmiddeltekorten, welke mijlpalen en doelen zijn er gedefinieerd?

Antwoord:

De aanpak voor geneesmiddeltekorten zal langs drie paden lopen waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de aanpak van acute tekorten en het voorkomen van nieuwe tekorten.

Allereerst richt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn, Sport op het tijdig signaleren van en handelen op ontstane tekorten door intensivering van het meldpunt Geneesmiddeltekorten-en Defecten en samenwerking met leveranciers om tijdige en juiste meldingen te krijgen.

Daarnaast zal er een focus komen op de beschikbaarheid van geneesmiddelen die het meest kritiek zijn voor de zorg. Het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen werkt samen met zorgverleners aan een nationaal overzicht van de voor de Nederlandse patiënt kritieke geneesmiddelen. Het overzicht bestaat uit twee lijsten: een lijst met geneesmid-

delen voor volwassenen en een lijst voor kinderen. Binnenkort neemt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dit overzicht in ontvangst. Aan de hand van deze lijst met kritieke middelen zal de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een zorgvuldige afweging maken over welke maatregelen voor welke geneesmiddelen het meest effectief zijn om geneesmiddelentekorten in de toekomst te voorkomen. De uitvoering van deze maatregelen hangt echter af van de beschikbare financiële middelen. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal uw Kamer informeren zodra de lijst van kritieke geneesmiddelen door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in ontvangst genomen wordt. Wanneer er meer duidelijkheid is over de financiële middelen, zal uw Kamer op de hoogte worden gesteld over het plan van aanpak op de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Vooruitlopend hierop heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloten om een extra voorraad van essentiële antibiotica en salbutamol aërosolen aan te leggen, zoals eerder met uw Kamer gecommuniceerd.¹⁰⁶

Tevens wil de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat de Nederlandse markt gezonder wordt, zodat fabrikanten van geneesmiddelen genoeg omzet halen om op de markt blijven. Daarvoor verkent de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bijvoorbeeld verschillende opties om het preferentiebeleid te verbeteren. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is voornemens u daar jaar later in het jaar nader over te informeren. Voor de volledige inzet op de beschikbaarheid van medische producten wordt u verwezen naar de Kamerbrieven die de voorgangers van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onlangs naar de Kamer hebben gestuurd.¹⁰⁷

Vraag 588

Komen er specifieke maatregelen om tekorten voor specifieke groepen patiënten (zoals kinderen) of specifieke medicatie (zoals antibiotica) te voorkomen?

Antwoord:

Het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen werkt samen met zorgverleners aan een nationaal overzicht van de voor de Nederlandse patiënt kritieke geneesmiddelen. Het overzicht bestaat uit twee lijsten: een lijst met geneesmiddelen voor volwassenen en een lijst voor kinderen. Binnenkort neemt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dit overzicht in ontvangst. Aan de hand van deze lijst met kritieke middelen zal de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een zorgvuldige afweging maken over welke maatregelen voor welke geneesmiddelen het meest effectief zijn om geneesmiddelentekorten in de toekomst te voorkomen. De uitvoering van deze maatregelen hangt echter af van de beschikbare financiële middelen. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal uw Kamer informeren zodra de lijst van kritieke geneesmiddelen door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in ontvangst genomen wordt. Wanneer er meer duidelijkheid is over de financiële middelen, zal uw Kamer op de hoogte worden gesteld over het plan van aanpak op de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Vooruitlopend hierop heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloten om een extra voorraad van essentiële antibiotica en salbutamol aërosolen aan te leggen, zoals eerder met uw Kamer gecommuniceerd¹

Vraag 589

¹⁰⁶ Kamerstukken II 2023/2024, 29 477, nr. 889

¹⁰⁷ Kamerstuk 29 477, nr. 806; Kamerstuk 29 477, nr. 845; Kamerstuk 29 477, nr. 865; Kamerstuk 29 477, nr. 889

Zet de Minister ook in op betere afspraken over gerichte inzet van beschikbare medicijnen en betere samenwerking tussen betrokken bij (dreigende) tekorten?

Antwoord:

Ja.

Vraag 590

Hoe bevordert de Minister dat partijen in de medicijnketen optimaal samenwerken zodat patiënten zo min mogelijk nare gevolgen ervaren van medicijntekorten?

Antwoord:

In opdracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, werkt het Meldpunt Geneesmiddelttekorten en -defecten nauw samen met de verschillende partijen in de keten waaronder de leveranciers, groothandels, apothekers, zorgverleners en het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen. Het Meldpunt onderzoekt meldingen en signalen over (mogelijke) tekorten, inventariseert of er voldoende alternatieven zijn en zorgt dat de patiënt zo min mogelijk last heeft van de gevolgen van het tekort.

Vraag 591

Tabel 28 toont dat het budget eerstelijnszorg vanaf 2025 eerst stijgt, maar vervolgens terugvalt naar € 4.090 miljoen in 2028. Wat is de reden van de terugval naar € 4.090 miljoen in 2028?

Antwoord:

Voor een aantal plannen, bijvoorbeeld die de versterking van de organisatiegraad in de eerstelijnszorg moeten versterken, zijn tijdelijke transformatiemiddelen beschikbaar gesteld tot en met 2027. Deze middelen vallen dus weg vanaf 2028. Daarnaast wordt de dip verklaard door het budgettaire moment van overboeken van middelen. Voor het jaar 2028 zijn er ten behoeve van een aantal onderzoeksprogramma's uit het Integraal Zorgakkoord met een langere looptijd al middelen overgeboekt naar ZonMw. Maar vanaf 2029 en verder is dit geld nog gereserveerd op artikel 2, omdat dit vanwege de begrotingshorizon nog niet eerder overgemaakt kon worden. Zodoende ontstaat een tijdelijke dip in het beschikbare budget in 2028.

Vraag 592

Bij medische zorg zijn er kortingen ingeboekt voor 2027 in vergelijking tot 2025. Op welke uitgaven wordt gekort? Bij curatieve zorg posten zijn er stijgingen en dalingen in 2027 in vergelijking tot 2025, waar wordt meer of minder geld aan uitgegeven?

Antwoord:

De dalingen vanaf 2027 worden grotendeels veroorzaakt door de maatregel «Verlagen intensivering publieke gezondheid» uit het hoofdlijnenakkoord, hiermee wordt de intensivering van het vorige kabinet in publieke gezondheid teruggedraaid. Daarnaast is in de ontwerpbegroting 2025 voor de jaren 2026 en verder de subsidietaakstelling nog niet beleidsmatig ingevuld. Wel is er een korting naar rato opgenomen om alvast meerjarig budgettair de taakstelling te verwerken. Ook op het artikel is deze korting technisch doorgevoerd. Dat zegt nog niets over de daadwerkelijke korting. Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van wijziging op de ontwerpbegroting waarin ook de beleidsmatige invulling aan uw Kamer wordt getoond.

Tot slot geldt dat vanaf 2027 een aantal tijdelijke budgetten aflopen, dit betreft onder meer uitgaven in het kader van het Integraal Zorgakkoord (uitvoering van de afspraken rondom concentratie en spreiding van zorg) en uitgaven in het kader van het programma Zorgcoördinatie.

Vraag 593

Wat kost het afschaffen van de boete van het CAK op het niet betalen van de zorgpremie?

Antwoord:

Verzekerden met een betalingsachterstand van zes of meer maanden zorgpremie krijgen een bestuursrechtelijke premie opgelegd en behouden de basisverzekering die zij hebben afgesloten (ongeacht of zij bestuursrechtelijke premie betalen). De bestuursrechtelijke premie is 110% van de gemiddelde nominale zorgpremie.

Elke 5% verlaging van de bestuursrechtelijke premie leidt tot € 12 miljoen lagere ontvangsten. Volledige afschaffing van de opslag betekent daarmee € 24 miljoen lagere ontvangsten. Van die € 24 miljoen wordt 23% afgedragen aan VWS (ontvangst op de VWS-begroting) en 77% wordt afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds. De financiële implicatie van het afschaffen van de opslag is dan als volgt: € 5,5 miljoen minder ontvangsten op de VWS begroting en € 18,5 miljoen lagere ontvangsten in het Zorgverzekeringsfonds.

Daarbij moet wel bedacht worden dat een verdere verlaging een wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vergt, omdat in de Zvw een bandbreedte is opgenomen van 110% tot 130%. Een wetgevingstraject kost circa twee jaar.

Vraag 594

Wat valt er onder de juridisch verplichte middelen bij Artikel 2 Curatieve zorg? Kan dit worden toegespitst?

Antwoord:

Onder het onderdeel budgetflexibiliteit is toegelicht welke onderdelen juridisch verplicht zijn. Het grootste gedeelte van de juridisch verplichte middelen betreft de rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds voor de financiering van verzekerden jonger dan 18 jaar, en de bekostiging van de compensatie van (een deel van) de gedeerde inkomsten van zorgaanbieders als gevolg van het verstrekken van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Dit betreft in 2025 naar schatting € 3,5 miljard. Daarnaast is het grootste gedeelte van de subsidiebudgetten (€ 333,2 miljoen) verplicht, dit betreft hoofdzakelijk instellingssubsidies voor het aankomende jaar en lopende subsidieregelingen. Het gaat hierbij hoofdzakelijk om subsidies voor de oncologie, de geboortezorg, de ggz, lichaamsmateriaal, medische producten en de subsidieregelingen medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden en veelbelovende zorg. Tot slot zijn de meeste uitgaven aan uitvoeringsorganisaties (€ 48,6 miljoen) voor 2025 reeds verplicht, dit betreft de uitgaven aan agentschappen (CIBG, aCBG, CJIB en RVO), zelfstandige bestuursorganen en andere rechtspersonen met een wettelijke taak (CAK, Sociale Verzekeringsbank en Pharma NL).

Vraag 595

In hoeverre worden man/vrouw verschillen bij hart- en vaataandoeningen onderdeel van het onderzoeksprogramma voor vrouwspecifieke aandoeningen?

Antwoord:

Het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Aandoeningen zet in op meer kennis over, betere diagnostiek en behandeling van, en meer aandacht voor vrouwspecifieke aandoeningen en vrouwspecifieke somatische gezondheidsproblematiek. Man/vrouw verschillen bij hart- en vaataandoeningen worden geen specifiek onderdeel van het nieuw op te starten Kennisprogramma. In het vorige programma van ZonMw¹⁰⁸ hebben man/vrouw verschillen bij hart- en vaataandoeningen wel centraal gestaan. Tussen 2018 en nu zijn 23 projecten afgerond gericht op hart- en

¹⁰⁸ Gender en Gezondheid (zonmw.nl)

vaatziekten bij vrouwen. De projecten betroffen kennissyntheses, (klinische) onderzoeken, preventie en het faciliteren van de implementatie. Het is nu aan beroepsgroepen zelf om relevante resultaten op te nemen in hun richtlijnen en toe te passen in praktijk.

Vraag 596

Welk ministerie zal het voortouw nemen bij de aanpak van personen met verward gedrag? Er is € 116 miljoen beschikbaar voor gesteld in de periode 2021–2027, wat is er tot nu toe (jaren 2021 t/m 2024) concreet gebeurd met het budget hiervoor? Wat zal er de komende jaren 2025, 2026 en 2027 concreet met het geld gebeuren?

Antwoord:

De afgelopen jaren was ieder departement verantwoordelijk voor haar eigen opgave en inhoud. Echter één van de aanbevelingen uit het eindrapport «Parlementaire verkenning verward/onbegrepen gedrag en veiligheid» betreft de domeinoverstijgende samenwerking, waarbij op nationaal niveau de Minister van BZK wordt genoemd als aanbevolen probleemeigenaar. Op dit moment vindt tussen de departementen nog overleg plaats hoe om te gaan met de aanbevelingen van de parlementaire verkenning.

Wat betreft de beschikbare middelen is het goed om op te merken dat deze zijn ondergebracht in het «Actieprogramma Grip op Onbegrip» bij ZonMw (Actieprogramma Grip op Onbegrip | ZonMw). In drie subsidiërondes, die gaan over «domein overstijgende samenwerking in hotspots en veiligheidsregio's», «regionale kenniswerkplaatsen onbegrepen gedrag» en «vroegsignalering en opvolging in de wijk», is tot nu toe bijna 60 miljoen euro aan projectaanvragen gehonoreerd voor onder andere het opzetten van regionale kenniswerkplaatsen, de brede uitrol van de Wijk-GGD en de levensloopaanpak. Het resterende bedrag zal de komende jaren worden toegekend aan projecten die zich richten op het versterken van de kennisnetwerken, praktijkgericht onderzoek, monitoring en het versterken van ervaringsdeskundigheid.

Vraag 597

In 2016 is het Onderzoeksprogramma ggz gestart met een looptijd tot en met 2025, nu wordt er ook een IBO mentale gezondheid en ggz opgezet met de looptijd 2024–2025, wat zijn de verschillen tussen deze onderzoeken?

Antwoord:

De insteek en focus van het Onderzoeksprogramma ggz en het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) Mentale gezondheid en ggz zijn verschillend.

Het Onderzoeksprogramma ggz richt zich op wetenschappelijk onderzoek naar het terugdringen van het aantal mensen met een psychische aandoening, voorkomen van (escalatie van) klachten en versterken van herstelvermogen. Dit onderzoek is wetenschappelijk en praktijkgericht en richt zich zowel op preventieve als curatieve ggz. Het betreft een subsidieprogramma van ZonMw in opdracht van VWS.

Het IBO Mentale gezondheid en ggz is een ambtelijk, onafhankelijk beleidsonderzoek dat zich richt op mentale gezondheid en ondersteuning en zorg rondom mentale klachten en psychische aandoeningen over alle domeinen heen. Het IBO heeft als doel te komen tot een brede probleem-analyse, een overzicht van handelingsperspectief voor de overheid en concrete beleidsopties. Hierbij wordt gekeken naar het voorkomen en beperken van mentale klachten en psychische problemen en naar het oplossen van de structurele problemen in de toegang en inrichting van de ondersteuning en zorg. De wetten die hierbij worden betrokken zijn de Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet en Wpg. Ook worden indicatoren buiten de ondersteuning en zorg meegenomen, namelijk bestaanszekerheid (armoede, schulden en wonen), werk / arbeidsparticipatie en belasting

door school of studie. Dit IBO geeft tevens invulling aan de motie Raemakers [Kamerstukken II, 25 424, nr. 632], die vraagt om een goed integraal beeld van de structurele problemen in de ggz met hierbij de resultaten van het midterm review IZA.

Vraag 598

Hoeveel mensen met milde psychische aandoeningen worden begeleid bij het krijgen en behouden van betaald werk?

Antwoord:

De Werkmonitor Hoofdzaak Werk biedt het overzicht van de resultaten van alle Individuele Plaatsing en Steun (IPS)-trajecten naar betaald werk die voor mensen met psychische problemen worden aangeboden. Uit de monitor blijkt dat er in het eerste kwartaal van 2024 in totaal 4151 mensen in een lopend IPS-traject zitten, waarvan er 608 mensen dat kwartaal zijn gestart (<https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/werkmonitor-hoofdzaak-werk/>). Van deze groep volgen 714 mensen het tweejarige IPS-traject voor mensen met milde psychische aandoeningen (het CMD-traject). Er bestaan naast de IPS-trajecten ook andere soorten begeleidingstrajecten naar werk die worden ingezet voor mensen met psychische aandoeningen. Deze worden vaak uitgevoerd door re-integratiebedrijven buiten de ggz, werkzaam voor of in opdracht van UWV of gemeenten. In 2023 zijn door UWV ruim 9000 andere trajecten ingezet die mensen met zowel milde als ernstigere psychische aandoeningen met een WIA of Wajong uitkering helpen bij het krijgen en behouden van betaald werk.

Vraag 599

Er staat een overzicht van de wachtenden op Wlz-zorg in de ggz, wat is de actuele stand van zaken? Is dit dezelfde groep als de personen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)? Zo nee, hoeveel personen met ernstige psychiatrische aandoeningen stonden in 2022, 2023 en staan er nu op de wachtlijst en wat was hun wachttijd? Hoeveel mensen met psychiatrische aandoeningen staan op de wachtlijst voor ggz hulp? Hoeveel mensen hiervan hebben acuut hulp nodig? Het kabinet heeft aangegeven meer met triage te gaan werken. Hoe gaat dit uitgevoerd worden en hoeveel geld is hiervoor gereserveerd? De tarieven van de zwaardere VG is opgehoogd. Waarom zijn de tarieven van de complexe ggz niet opgehoogd? Wanneer is hierover voor het laatst een tariefberekening gemaakt of gaat die binnenkort ook gemaakt worden?

Antwoord:

Als het gaat om mensen met een psychische aandoening wachten volgens de laatste metingen, 664 mensen op Wlz-zorg¹⁰⁹ en 97.450 mensen op Zvw-zorg¹¹⁰. De groep mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) kunnen vanuit verschillende wettelijke kaders zorg of ondersteuning ontvangen, namelijk vanuit de Wlz, de Wmo en de Zvw. Er wordt bij de registratie van het aantal wachtenden in de Wlz en Zvw geen onderscheid gemaakt in type aandoeningen, dus het is niet mogelijk om aan te geven hoeveel van de wachtenden mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) zijn. De komende maanden wordt wel, in het kader van de cruciale ggz in de Zvw, in elke regio de vraag naar zorg in kaart gebracht van mensen met ernstige, psychiatrische aandoeningen. Deze informatie wordt gebruikt om te bepalen wat de cruciale zorgnetwerken zijn, zodat deze waar nodig per 2026 gelijkgericht worden ingekocht. Mensen die acuut hulp nodig hebben, worden opgevangen binnen de acute ggz.

¹⁰⁹ Peildatum 01-08-2024 - tabellen toegankelijkheid Wlz (zorgcijfersdatabank.nl)

¹¹⁰ Peilmoment december 2023. Informatie afkomstig uit Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

De komende tijd zal samen met veldpartijen worden bekeken hoe de triage kan worden versterkt. Er zijn geen middelen gereserveerd voor het versterken van de triage.

Als het gaat om de tarieven voor de ggz, dan voert de NZa een kostprijs-onderzoek uit voor de herijking van deze tarieven. Dit kostprijsonderzoek richt zich, naast de prestaties in het zorgprestatie-model vanuit de Zvw, ook op de prestaties in de Wlz die horen bij de zorgprofielen van GGZ-W en GGZ-B. Deze onderzoeken leiden naar verwachting tot nieuwe tarieven in 2026.

Vraag 600

Op welke manier waarborgt het kabinet dat ook minder digitaal vaardige patiënten gebruik kunnen maken van digitale zelfzorgmiddelen?

Antwoord:

Steeds meer organisaties binnen zorg en welzijn maken gebruik van digitale mogelijkheden bij het inrichten van hun werkprocessen. Om te kunnen profiteren van bijvoorbeeld digitale zelfzorgmiddelen is het belangrijk dat mensen digitaal vaardig zijn. Voor naar schatting 2,5 tot 4 miljoen mensen is dit niet het geval. Daarom wordt er met het IZA in de periode 2023–2026 ingezet op:

1. Het samenbrengen van vraag en aanbod.

Het versterken van de samenwerking tussen lokaal ondersteuningsaanbod voor digitale zorg en de vraag om ondersteuning vanuit zorg en welzijnsorganisaties. In januari 2024 is de kwartiermaker Digitaal Toegankelijke Zorg en Welzijn gestart vanuit de Alliantie Digitaal Samenleven gestart.

2. Vindbaarheid en doorverwijzing verbeteren.

De Helpdesk Digitale Zorg is een landelijke hulplijn voor digitale zorgvragen waar patiënten van aangesloten zorgorganisaties terecht kunnen. Vanuit VWS is financiering verstrekt zodat meer mensen gebruik kunnen maken van deze hulplijn, inzichtelijk maken van knelpunten en het in kaart brengen van de omvang van de groep burgers die problemen ervaren bij het gebruik van digitale zorg. Daarnaast is de DigiHulplijn beschikbaar waar mensen terecht kunnen met vragen over digitale zaken zoals inloggen met DigiD.

3. Bewustwording.

Vanuit VWS wordt via Pharos ingezet op het vergroten van bewustwording onder zorg- en welzijn professionals over uitdagingen van mensen met een afstand tot digitalisering en het bieden van meer handelingsperspectief aan deze professionals, bijvoorbeeld in het communiceren in begrijpelijke taal.

Vraag 601

Tabel 39 Wlz-zorg staat in percentages. Het is lastig om dit om te rekenen in aantallen omdat onduidelijk is op basis van welke getallen dit is berekend. Kan tabel 39 voor de jaren 2021 en 2022 in werkelijke getallen worden toegezonden?

Antwoord:

Hierbij treft u de gegevens van tabel 39 over het gebruik van Wlz-zorg uitgedrukt in werkelijke aantallen voor de jaren 2021 en 2022

Leveringsvorm Wlz-zorg ¹⁾	2021	2022
Aantal mensen met Wlz-zorg	342.095	358.490
Aantal mensen met Wlz-zorg met verblijf	215.895	219.465
Aantal mensen met Wlz-zorg zonder verblijf, met volledig pakket thuis	17.945	21.850
Aantal mensen met Wlz-zorg zonder verblijf, met modulair pakket thuis	52.035	59.035
Aantal mensen met uitsluitend pgb	40.150	41.940
Aantal mensen met Wlz-indicatie die geen gebruik van Wlz-zorg	16.180	16.390

1) Bron: StatLine - Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg; indicatie, leveringsvorm, zzp (cbs.nl)

Vraag 602

In hoeverre sluit de Nationale strategie voor het VN-verdrag handicap aan op de verbeteradviezen van de Verenigde Naties? De Nationale strategie wordt omgezet in en werkagenda. Hoeveel is er voor 2025 begroot om uitvoering te geven aan de werkagenda en hoeveel geld is de komende jaren nodig om te voldoen aan VN-verdrag handicap?

Antwoord:

Op dit moment werken we aan het vertalen van de nationale strategie VN-verdrag Handicap 2040 in een werkagenda met een goede betrokkenheid van mensen met een beperking, hun vertegenwoordigende organisaties, gemeenten, ondernemers, overige organisaties en alle betrokken departementen. De recent verkregen aanbevelingen van het VN-comité bij het VN-verdrag Handicap worden hierin meegenomen. Er zijn middelen beschikbaar op diverse onderdelen van de Rijksbegroting voor bestaand beleid dat bijdraagt aan de implementatie van het VN-verdrag. Zo heeft het Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat bij indicatie sinds 2006 al meer dan 500 miljoen euro besteed aan het toegankelijk maken van treinstations. Bij de ontwikkeling van nieuw beleid is het gebruikelijk om gedurende die ontwikkeling ook de budgettaire consequenties uit te werken en van dekking te voorzien. Dit geldt ook voor de werkagenda. Omdat er nog gewerkt wordt aan de werkagenda is op dit moment niet mogelijk aan te geven hoeveel middelen er nodig zijn.

Vraag 603

Kunt u toelichten of er bij de bepaling van de invulling van de investering van € 600 miljoen voor betere ouderenzorg na 2027, ook gekeken zal worden naar investeringen voor specifieke patiëntengroepen, zoals patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, die ook en vaak langer zijn aangewezen op zorg- en verpleegplekken?

Antwoord:

Het bedrag van € 600 mln. is gereserveerd vanaf het jaar 2027 en heeft een structureel karakter. In het regeerprogramma is aangegeven dat in 2025 wordt bezien hoe de investering van 600 miljoen wordt ingezet. Daarbij zal ook aan de orde komen voor welke doelgroep ouderen deze middelen het beste kunnen worden ingezet.

Vraag 604

In het kader van onrust bestrijding, krijgen ouderen soms Midazolam toegediend, hoe weerhoudt zich dit in het kader van valpreventie?

Antwoord:

Artsen verlenen hun zorg op basis van professionele richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. Artsen kunnen Midazolam voorschrijven bij o.a. onrust, slapeloosheid, aanvallen van epilepsie, en alcoholontwenning. In samenspraak tussen arts en patiënt wordt besloten welke zorg of behandeling (al dan niet met medicatie) het beste bij de patiënt past. Midazolam is een benzodiazepine, deze groep geneesmiddelen wordt geassocieerd met een verhoogd valrisico, net als ook andere groepen

geneesmiddelen. Bij (kwetsbare) ouderen zijn artsen zo terughoudend mogelijk in het voorschrijven van valgevaarlijke medicatie en wordt er een zorgvuldige afweging gemaakt tussen noodzaak en risico's. De behandelend arts neemt dit mee in zijn afweging welk type medicatie voor te schrijven.

Vraag 605

Is er zicht op hoe de € 55 miljoen, beschikbaar voor het gemeentefonds ten behoeve van de Aanpak Dakloosheid, wordt uitgegeven door de gemeenten? Zo ja, kunt u dit nader toelichten?

Antwoord:

De € 55 miljoen euro voor de aanpak dakloosheid wordt via een decentralisatie-uitkering (onderdeel Gemeentefonds) verstrekt aan 43 centrumgemeenten. Gemeenten leveren via het lv3-systeem (informatie voor derden) informatie aan over hun begroting en hun daadwerkelijk gerealiseerde uitgaven. Dit lv3-systeem kent een sterk geaggregeerd niveau en overlap met andere gemeentelijke taken, waardoor het gevraagde inzicht voor alleen de aanpak dakloosheid niet kan worden gegeven. In algemene zin geldt dat de VNG, namens gemeenten, zich middels bestuurlijke afspraken gecommitteerd heeft om – in lijn met het Nationaal Actieplan Dakloosheid – te werken aan het borgen van bestaanszekerheid, preventie, het verbeteren van de uitvoeringspraktijk en Wonen Eerst op basis van een regionaal plan van aanpak dakloosheid.¹¹¹

Vraag 606

In 2025 wordt bezien hoe de investering van € 600 miljoen vanaf 2027 voor betere ouderenzorg kan worden ingezet, bijvoorbeeld voor zorg- en verpleegplekken kan worden ingezet. Zijn daarbij ook benodigde investeringen inbegrepen voor specifieke patiëntgroepen, zoals mensen met een spierziekte of niet-aangeboren hersenletsel, die ook en vaak veel langer zijn aangewezen op zorg- en verpleegplekken?

Antwoord:

Het bedrag van € 600 mln. is gereserveerd vanaf het jaar 2027 en heeft een structureel karakter.

In het regeerprogramma is aangegeven dat in 2025 wordt bezien hoe de investering van 600 miljoen wordt ingezet. Daarbij zal ook aan de orde komen voor welke doelgroep ouderen deze middelen het beste kunnen worden ingezet.

Vraag 607

Welke verschillende groepen daklozen zijn er? Wordt er een splitsing in gemaakt in de financiële ondersteuning van verschillende groepen daklozen?

Antwoord:

De groep dakloze mensen is erg divers en de redenen waarom iemand dakloos raakt lopen uiteen. Het is belangrijk om beter zicht te hebben op de aard en omvang van dakloosheid. Het hanteren van de Ethos Light definitie van dakloosheid biedt hier kansen voor. Daarom wil het kabinet dat alle dakloze mensen in 2030 in beeld zijn volgens deze classificatie. De Ethos classificering gaat over:

- mensen die leven in de openbare ruimte;
- mensen in de noodopvang;
- mensen in een tijdelijke opvang voor dakloze mensen;
- mensen die uitstromen uit een instelling;
- mensen die noodgedwongen verblijven op niet-conventionele woonplekken (auto, kraakpand, vakantieparken) en
- mensen die noodgedwongen verblijven bij familie, vrienden of kennissen.

¹¹¹ Bestuurlijke afspraken bij Nationaal Actieplan Dakloosheid | Publicatie | Rijksoverheid.nl

De Hogeschool Utrecht en Kansfonds voegen hier een extra categorie aan toe, namelijk mensen die te maken hebben met een dreigende huisuitzetting.

Het kabinet zet met het Nationaal Actieplan Dakloosheid in op preventie en Wonen Eerst als belangrijkste oplossingen. Gemeenten kunnen vanuit Decentralisatie Uitkering Nationaal Actieplan Dakloosheid (€ 55 miljoen per jaar voor de 43 centrumgemeenten) ondersteuning organiseren gericht op preventie en huisvesting voor deze brede groep dakloze personen. Daarnaast draagt de Nationale Woon- en Bouwagenda van het Ministerie van VRO bij aan het creëren van meer betaalbare woonruimte en zet het Ministerie van SZW in op het tegengaan van armoede en het verbeteren van de bestaanszekerheid.

Dakloze mensen met een ondersteuningsvraag die niet zelfredzaam worden geacht komen in aanmerking voor maatschappelijke opvang, gefinancierd vanuit de Wmo 2015. Gemeenten ontvangen hiervoor de Decentralisatie Uitkering Maatschappelijke Opvang.

Vraag 608

Bij palliatieve zorg en ondersteuning is in 2027 € 18 miljoen minder begroot dan in 2025. Welke uitgaven worden er niet meer gedaan in 2027?

Antwoord:

Voor de periode 2022 – 2026 is voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) en voor de Subsidieregeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis vanuit de coalitiemiddelen van Rutte IV tijdelijk extra budget toegevoegd. Na deze periode wordt dit extra budget voor palliatieve zorg en ondersteuning weer afgebouwd.

Het veld van palliatieve zorg is in beweging. Er worden stappen gezet in de verbetering van de palliatieve zorg, onder andere in het NPPZ II. En er zijn uitdagingen, onder andere op het gebied van vergrijzing, capaciteit en betaalbaarheid, die het hoofd moeten worden geboden. Het RIVM heeft de opdracht gekregen een toekomstverkenning tot 2050 uit te voeren, met mogelijke scenario's, waarin de belangrijkste ontwikkelingen en hun te verwachte impact op de palliatieve zorg centraal staan, inclusief de onzekerheden voor de toekomst die hiermee gepaard gaan. De toekomstverkenning wordt in december 2024 opgeleverd en dient als input voor een toekomstagenda palliatieve zorg, voor de jaren ná NPPZ II. De toekomstagenda wordt in 2025 in samenwerking met alle betrokken partijen opgesteld.

Vraag 609

Gaat het centrum indicatiestelling zorg de indicaties doen voor de niet-gecontracteerde wijkverpleging? Als dit het centrum is voor deze uitgebreidere taakstelling, zouden dan kosten niet verhoogd moeten worden voor het volgende jaar en de jaren erop? Indien dit centrum niet deze nieuwe indicatiestelling doet, welke doet dit dan wel en hoeveel is ervoor begroot?

Antwoord:

De Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg werkt samen met veldpartijen de maatregel uit. Daarbij heeft het niet de voorkeur van de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg om de indicatiestelling door het centrum indicatiestelling zorg te laten doen.

Vraag 610

In tabel 41 is een Budgettaire ruimte opgenomen van 0,27. Van welk bedrag is dit percentage en hoeveel is dit in euro's?

Antwoord:

Het percentage van 0,27% uit «tabel 41 geschatte budgetflexibiliteit», betreft 0,27% van de totale uitgavenstand 2025 van begrotingsartikel 3. Dit betreft circa 54 miljoen in euro's.

Vraag 611

Klopt het dat de bezuiniging van structureel € 170 miljoen die gekoppeld is aan de maatregel «behandeling Wlz» vanaf het jaar 2026 nog wel ingepland staat? Kan worden uitgelegd hoe deze besparing vanaf 2026 te rechtvaardigen en onderbouwen is?

Antwoord:

Het klopt dat er aan de maatregel «behandeling Wlz» vanaf 2026 een besparing is gekoppeld van € 170 miljoen structureel. Het vorige kabinet heeft deze opbrengst verwerkt in de meerjarenbegroting. De onderbouwing en rechtvaardiging van deze besparing is opgenomen in de voorhangbrief over de maatregel «behandeling Wlz» van 15 april 2024¹¹². De kern is dat de kosten voor behandeling van algemeen medische aard voor cliënten (van vergelijkbare zorgzwaarte) die verblijven in een instelling aanzienlijk hoger zijn indien dit wordt gefinancierd vanuit de Wlz dan wanneer dit wordt gefinancierd vanuit de Zvw. Het gaat hierbij om een onverklaarbaar kostenverschil van € 0,5 miljard.

Op basis van de vergelijking van de kosten van het Wlz-model ten opzichte van het «goedkopere» Zvw-model heeft het vorige kabinet geoordeeld dat het verantwoord en haalbaar is dat zorgaanbieders een doelmatigheidsslag binnen de Wlz kunnen maken. Deze draagt bij aan houdbare overheidsfinanciën. De voorgenomen taakstelling ad € 170 miljoen komt overeen met ongeveer 1/3 deel van het onverklaarde kostenverschil ad € 0,5 miljard. Daarmee blijft dus ongeveer € 330 miljoen van het onverklaarde kostenverschil beschikbaar in de behandelartieven van het Wlz-model.

Vraag 612

Hoeveel jongeren maken in Nederland gebruik van het intergenerationeel wonen?

Antwoord:

Er is voor 120 jongeren subsidie aangevraagd op grond van de subsidieregeling intergenerationeel wonen.

Vraag 613

Worden er ook middelen vanuit de opdracht inclusiviteit ingezet voor sport?

Antwoord:

Vanuit dit artikelonderdeel worden er niet direct middelen beschikbaar gesteld voor sport. Er wordt echter wel ingezet op onder andere de uitvoering van het programma onbeperkt meedoen en de implementatie van het VN-verdrag handicap, het programma Eén tegen eenzaamheid en zijn er ook middelen beschikbaar gesteld op dit artikelonderdeel ten behoeve van zorg in de Wmo, Jeugdwet en Wet publieke gezondheid voor Oekraïense ontheemden.

Vraag 614

Kan een overzicht worden gegeven van alle stimuleringsregelingen gericht op wonen en zorg en welk percentage van het budget voor dit jaar nog beschikbaar is op dit moment?

Antwoord:

Stimuleringsregeling	Openstelling
Stimuleringsregeling wonen en Zorg	Regeling is gesloten per 4 april 2024. Er volgt nog nadere besluitvorming over het vervolg van deze regeling.
Stimuleringsregeling Ontmoetingsruimten In Ouderenhuisvesting	Regeling wordt naar verwachting 14 oktober 2024 opengesteld.

¹¹² Kamerstukken II, 2023–2024, 34 104, nr. 405.

Stimuleringsregeling	Openstelling
Stimuleringsregeling Intergeneratie Wonen	De regeling is per 31 mei 2024 gesloten
Stimuleringsregeling Zorggeschikte Woningen	Er kan voor 75 miljoen aan subsidie worden aangevraagd. Op 6 september was nog 59% hiervan beschikbaar. De uitbetalingen van de verleende subsidies vindt later plaats; na het onherroepelijk worden van de omgevingsvergunning. Op de begroting voor 2024 is uitgegaan van een uitgave van 10 mln voor 2024. De Minister van VWS gaat ervan uit dat dit ook plaats vindt.

Vraag 615

Klopt het dat er een maximumbedrag van € 17.500 is voor het volledig zorggeschikt maken van een woning binnen de stimuleringsregeling zorggeschikte woningen en op basis waarvan is die grens bepaald? Is dat een realistisch bedrag om een woning zorggeschikt te maken?

Antwoord:

Het maximumbedrag binnen de Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen is inderdaad € 17.500. Deze regeling heeft tot doel een deel van de onrendabele top in het sociale huursegment te compenseren en een stimulans te geven aan de bouw van deze zorggeschikte woningen. Volgens onderzoek van KPMG van september 2023 zijn de meerkosten van een zorggeschikte woning bij een brutovloeroppervlak van 60 m² ca. € 21.000 euro inclusief BTW ten opzichte van een reguliere corporatiewoning¹¹³.

De inschrijving van de huidige ronde sluit eind oktober 2024. Mede op basis van het aantal subsidieaanvragen kan een inschatting worden gemaakt of de regeling in voldoende mate de bouw van zorggeschikte woningen stimuleert.

Vraag 616

Klopt het dat de Stimuleringsregeling Zorggeschikte Woningen niet beschikbaar is voor ouderen met een beperking en waarom?

Antwoord:

In verband met het «scheiden van wonen en zorg» wordt de capaciteit van verpleeghuiszorg op de langere termijn gelijk gehouden, en wordt ingezet op een zorggeschikte omgeving buiten het verpleeghuis waar wonen meer voorop komt te staan en waar ook mensen met een zwaardere zorgvraag terecht kunnen. Het vorige kabinet heeft transitiemiddelen beschikbaar gesteld om dit mogelijk te maken. De Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen wordt uit deze transitiemiddelen betaald. Om die reden is in de Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen de voorwaarde gesteld dat minimaal 30% van de zorggeschikte woningen bestemd moet zijn voor mensen met een indicatie voor zorgprofiel VV4 t/m VV10.

Dit betekent overigens niet dat mensen met een beperking niet in een zorggeschikte woning kunnen wonen die met deze stimuleringsregeling worden gerealiseerd. Dat kan wel, met de voorwaarde dat voldaan is aan de voorwaarde dat minimaal 30% van de zorggeschikte woningen bestemd is voor mensen met een Wlz-indicatie VV4 t/m VV10.

Vraag 617

Welke acties worden ondernomen om te zorgen dat het budget voor de «Stimuleringsregeling Zorggeschikte Woningen» volledig wordt benut?

Antwoord:

¹¹³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/26/onderzoek-meerkosten-geclusterde-woonvormen-wet-langdurige-zorg-wlz>

Als subsidies voor Zorggeschikte woningen worden verleend, worden zij nog niet meteen uitbetaald. Bij de stimuleringsregeling zorggeschikte woningen wordt 90% van de subsidie verleend op het moment dat de omgevingsvergunning onherroepelijk is geworden. De omgevingsvergunning wordt in de regel rond een half jaar voor de start van de bouw afgegeven. Op basis van de meest recente prognose is de inschatting dat in 2024 op kasbasis € 10 miljoen wordt uitgegeven. Bij de 2^e suppletioire begroting 2024 zijn middelen doorgeschoven naar latere jaren waarmee deze beschikbaar blijven voor het realiseren van betaalbare zorggeschikte woningen. Voor de Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen is voor de periode t/m 2028 in totaal € 312 miljoen beschikbaar. De inschrijving van de huidige ronde van de stimuleringsregeling sluit eind oktober 2024. Mede op basis van het aantal inschrijvingen kan een inschatting worden gemaakt of de regeling in voldoende mate de bouw van zorggeschikte woningen stimuleert en kunnen eventueel wijzigingen worden doorgevoerd naar aanleiding van een snelle evaluatie van de regeling. Daarna kan de regeling begin 2025 weer opnieuw open worden gesteld.

Vraag 618

Hoe beoordeelt u de toereikendheid van het subsidiebedrag van € 17.000 om een woning zorggeschikt te maken en overweegt u de subsidiebedragen per project te verhogen, zodat de «Stimuleringsregeling Zorggeschikte Woningen» meer toereikend wordt voor het zorggeschikt maken van woningen?

Antwoord:

Het maximumbedrag binnen de Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen is € 17.500 per woning. Deze regeling heeft tot doel een deel van de onrendabele top in het sociale huursegment te compenseren en een stimulans te geven aan de bouw van deze zorggeschikte woningen. Volgens onderzoek van KPMG van september 2023 zijn de meerkosten van een zorggeschikte woning bij een brutovloeroppervlak van 60 m² ca. € 21.000 euro inclusief BTW ten opzichte van een reguliere corporatiewoning¹¹⁴.

De inschrijving van de huidige ronde van de stimuleringsregeling sluit eind oktober 2024. Mede op basis van het aantal aanvragen voor subsidie kan op dat moment een inschatting worden gemaakt of de regeling in voldoende mate de bouw van zorggeschikte woningen stimuleert.

Vraag 619

Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat het budget voor de «Stimuleringsregeling Zorggeschikte Woningen» ook voor mensen met een beperking, een VG- of GGZ-indicatie beschikbaar komt?

Antwoord:

Het budget voor de «Stimuleringsregeling zorggeschikte woningen» is bestemd voor de ouderenzorg, daar er in de sector ouderenzorg wordt ingezet op het scheiden van wonen en zorg. Voor de gehandicaptenzorg en de GGZ geldt – anders dan voor de ouderenzorg – dat er geen sprake is van het beleid van het «scheidende van wonen en zorg», waardoor de stijging in de vraag naar zorggeschikte woningen lager is dan in de ouderenzorg.

Vraag 620

Is de Minister van plan de «Stimuleringsregeling Zorggeschikte Woningen» te verlengen, of opnieuw te openen in 2025 of daarna?

Antwoord:

De inschrijving van de huidige ronde van de stimuleringsregeling sluit eind oktober 2024. Mede op basis van het aantal inschrijvingen kan een

¹¹⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/26/onderzoek-meerkosten-geclusterde-woonvormen-wet-langdurige-zorg-wlz>

inschatting worden gemaakt of de regeling in voldoende mate de bouw van zorggeschikte woningen stimuleert. Het voornemen is om de regeling in 2025 weer open te stellen. Voor de periode t/m 2028 is in totaal € 312 miljoen beschikbaar.

Vraag 621

Hoe wordt de gespecialiseerde cliëntondersteuning voor doelgroepen zoals ZEVMB, NAH en Autisme geborgd?

Antwoord:

In juli 2022 is uw Kamer geïnformeerd over de borging van de pilots gespecialiseerde cliëntondersteuning¹¹⁵. Het kabinet heeft hiervoor middelen beschikbaar gesteld. De borging van gespecialiseerde cliëntondersteuning (GCO) vindt plaats via financiering door VWS. Er is een subsidieregeling opgesteld met een looptijd van 1 juli 2023 t/m 30 juni 2028. De uitvoerder is Alliantie Zorgbelang, een samenwerking van verschillende cliëntondersteuningsorganisaties. Op 1 januari 2024 is de ondersteuning van de bestaande deelnemers aan de pilots overgenomen door de uitvoerder van de subsidieregeling. De werkorganisatie heet Metgezel. Uw Kamer is op 20 maart 2024 geïnformeerd over de voortgang van de uitvoering van GCO in de brief «Voortgangsrapportage Toekomstagenda: «zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking»»¹¹⁶. Vanaf 2027 is structureel € 10 miljoen beschikbaar voor de GCO. Er loopt een evaluatieonderzoek om de omvang van de GCO te bepalen. Daarnaast wordt verkend of de borging van GCO middels een wettelijke grondslag mogelijk is na het einde van de looptijd van de subsidieregeling (1 juli 2028).

Vraag 622

Is er een opsplitsing per sector van het aantal interventies door Centra voor Consultatie en Expertise (CCE) in de vorm van jeugd, ggz, gehandicaptenzorg en ouderzorg?

Antwoord:

Ja, in de onderstaande tabel is het aantal consultaties van het CCE in het jaar 2023 en het jaar 2024 (geëxtrapoleerd t.o.v. de aantallen t/m augustus) weergegeven. De data zijn opgesplitst naar de gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, jeugd en overig.

Jaar	2023	2024 ¹
GHZ	652	644
GGZ	450	482
Ouderenzorg	465	457
Jeugd	385	390
Overig	17	13
<i>Totaal</i>	<i>1969</i>	<i>1986</i>

¹ geëxtrapoleerde data, cijfers kunnen wijzigen

Vraag 623

Hoeveel subsidiegeld gaat er naar patiëntenorganisaties? Graag een overzicht per organisatie.

Antwoord:

De subsidieregeling Patiënten- en gehandicaptenorganisaties 2024–2028 regelt de subsidiëring van patiënten- en gehandicaptenorganisaties (pg-organisaties). Vanuit deze subsidieregeling is in 2025 totaal € 31,7 miljoen beschikbaar, verdeeld over vier subsidiestromen:

¹¹⁵ Kamerstukken II, 2021/22, 24 170, nr. 262

¹¹⁶ Kamerstukken II, 2023/24, 24 170, nr. 310

- Instellingssubsidies van maximaal € 78.150 per organisatie (€ 19,7 miljoen).
- Projectsubsidies voor het vergroten van impact en bereik van maximaal € 124.999 per organisatie (€ 1,5 miljoen).
- Instellingssubsidies voor federatieve samenwerkingsverbanden van minimaal € 104.200 en maximaal € 312.600 per samenwerkingsverband (€ 2,1 miljoen).
- Instellingssubsidies voor de landelijke patiëntenkoepels IEDER(IN) (€ 3,9 miljoen), de Patiëntenfederatie Nederland (€ 2,6 miljoen) en MIND (€ 1,9 miljoen).

Hierna volgt een overzicht van de in 2024 per organisatie verstrekte subsidie.

PGO – Stroom	Verplichting 2024	Naam
1	€ 13.546,00	Vereniging van patiënten met Erythropeëtische Protoporphyrinurie (E.P.P.)
1	€ 19.876,00	Erbse Parese Vereniging Nederland
1	€ 14.588,00	Histiocytose Nederland
1	€ 14.692,00	Mastocytose Vereniging Nederland
1	€ 47.619,00	Vereniging HCHWA-D
1	€ 36.470,00	Stichting Rubinstein-Taybi Syndroom
1	€ 5.210,00	Stichting ICD dragers Nederland (STIN)
1	€ 25.998,00	Fabry Support & Informatie Groep Nederland
1	€ 18.756,00	stichting Pitt Hopkins syndroom
1	€ 41.055,00	Stichting Dupuytren Nederland
1	€ 40.357,00	Stichting Weerklank
1	€ 59.457,00	Galactosemie Vereniging Nederland
1	€ 26.049,00	Landelijke Poly Artrose Lotgenotenvereniging (P-AL)
1	€ 49.737,00	SH-Jong (patientenvereniging voor slechthorende jongeren)
1	€ 52.100,00	Vereniging Laposa
1	€ 78.150,00	Nevus Netwerk Nederland
1	€ 70.439,00	HME-MO Vereniging Nederland
1	€ 29.905,00	Vereniging van Allergie Patiënten
1	€ 70.439,00	Vereniging ZeldSamen
1	€ 61.165,00	Hemochromatose Vereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Patientenvereniging Fibreuze Dysplasie
1	€ 29.697,00	DSD Nederland
1	€ 72.940,00	Vereniging Ouders van Kinderen met Slokdarmafsluiting (VOKS)
1	€ 45.770,00	Stichting MSS Research Foundation
1	€ 44.285,00	Fragiele X Vereniging Nederland
1	€ 44.806,00	Stichting Shwachman Syndroom Support Holland
1	€ 64.604,00	Stichting Noonan Syndroom
1	€ 74.190,00	Vereniging Angelman Syndroom Nederland
1	€ 77.082,00	Vereniging Korter Maar Krachtig
1	€ 78.150,00	Q-UESTION
1	€ 62.510,00	Stichting Veteranenziekte
1	€ 58.092,00	Nederlandse Vereniging van mensen met Sternocostoclaviculaire Hyperostosis (SCCH)
1	€ 78.098,00	Vereniging van Ouders van Wiegendoorkinderen
1	€ 77.733,00	Stichting Lichen Sclerosus
1	€ 72.940,00	Vereniging Anoïksis
1	€ 78.150,00	Vereniging Kinderkanker Nederland
1	€ 78.150,00	Diabetesvereniging Nederland
1	€ 72.940,00	Vereniging van Scoliose Patiënten
1	€ 78.150,00	Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting
1	€ 78.150,00	Hiv Vereniging
1	€ 78.150,00	Multiple Sclerose Vereniging Nederland
1	€ 64.865,00	Stichting Organo Psycho Syndroom (OPS)
1	€ 78.150,00	Vereniging Spierziekten Nederland
1	€ 78.150,00	Hellp Stichting
1	€ 78.150,00	Belangenvereniging van Kleine Mensen (BVKM)
1	€ 78.150,00	Hoornvlies Patiënten Vereniging
1	€ 78.150,00	Nederlandse Lever Patiënten Vereniging
1	€ 78.150,00	Vereniging Ypsilon
1	€ 59.077,00	Alvleeskliervereniging
1	€ 58.769,00	Nederlandse Phenylketonurie Vereniging
1	€ 78.150,00	Patiëntenvereniging Complex Regionaal Pijnsyndroom
1	€ 78.150,00	Kantoor NVLE
1	€ 78.150,00	Nederlandse Stomavereniging
1	€ 57.310,00	Vereniging Anusatesie
1	€ 78.150,00	Borstkanker Vereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Vitiligo.nl

PGO – Stroom	Verplichting 2024	Naam
1	€ 78.150,00	Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV)
1	€ 78.150,00	Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Stichting Down's Syndroom
1	€ 78.150,00	Stichting Belangen Nederlandse Dove Jongeren (SBNDJ)
1	€ 78.148,00	Vereniging Cornelia de Lange Syndroom
1	€ 78.150,00	Vereniging Helpende Handen
1	€ 78.052,00	Stichting Pijn-Hoop
1	€ 65.125,00	ITP Patiëntenvereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Stichting voor Afweerstoornissen
1	€ 78.150,00	Stichting Alzheimer Nederland
1	€ 78.150,00	Jeugd Reuma Vereniging Nederland (JIA)
1	€ 78.150,00	Freya (vereniging voor mensen met vruchtbaarheidsproblemen)
1	€ 78.150,00	Klub Lange Mensen
1	€ 78.150,00	Vasculitis Stichting
1	€ 78.150,00	Stichting Belangen MDL-patiënten
1	€ 78.150,00	Nierpatiënten Vereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Vereniging LFB
1	€ 78.150,00	Parkinson Vereniging
1	€ 78.150,00	Care4Neo
1	€ 57.310,00	Nederlandse Vereniging van Rugpatiënten «de Wervelkolom»
1	€ 78.150,00	Patiënten Vereniging Voor Neurostimulatie
1	€ 78.150,00	Patiëntenorganisatie Transvisie
1	€ 78.150,00	Kansplus. Belangennetwerk verstandelijk gehandicapten
1	€ 78.150,00	FOSS
1	€ 78.150,00	Whiplash Stichting Nederland
1	€ 52.934,00	Belangenvereniging MEN
1	€ 25.998,00	Nederlandse Christelijke Blinden en Slechtzienden Belangenvereniging
1	€ 78.150,00	Stichting Patiëntenorganisatie Prader-Willi Syndroom Nederland
1	€ 54.445,00	Vereniging Nee Eten
1	€ 47.203,00	Stichting OSCAR Nederland
1	€ 78.150,00	Stichting Borderline
1	€ 78.150,00	Lichen Planus Vereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Vereniging Osteogenesis Imperfecta
1	€ 58.352,00	Vereniging Debra Nederland
1	€ 78.150,00	Nv WsWs
1	€ 75.499,00	Stichting Tubereuze Sclerosis Nederland
1	€ 67.730,00	Stichting Plotsdoven
1	€ 78.150,00	Ataxie Vereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Vereniging Ziekte van Hirschprung
1	€ 61.426,00	Stichting Restless Legs
1	€ 78.150,00	MPN Stichting
1	€ 58.352,00	Sarcoïdose Belangenvereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Belangenvereniging Longfibrose Patiëntenvereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Nederlandse Vereniging voor Lyme patiënten
1	€ 78.150,00	Stichting Gilles de la Tourette
1	€ 78.150,00	Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA)
1	€ 78.150,00	plusminus – leven met bipolariteit
1	€ 78.150,00	Osteoporose Vereniging
1	€ 78.150,00	Balans
1	€ 78.150,00	Vereniging Dit Koningskind
1	€ 78.150,00	Nederlandse Hyperventilatie Stichting
1	€ 78.150,00	ApneuVereniging
1	€ 78.150,00	Vereniging Oog in Oog
1	€ 78.150,00	Stichting Kind en Ziekenhuis
1	€ 78.150,00	Stichting AA & PNH Contactgroep
1	€ 78.150,00	Vereniging Turner Contact Nederland
1	€ 78.150,00	Macula Vereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Nederlandse Klinefelter Vereniging
1	€ 78.150,00	Vereniging van Mensen met Brandwonden
1	€ 78.150,00	Endometriose Stichting
1	€ 78.150,00	Stichting Klompvoet Nederland
1	€ 78.150,00	Alopecia Vereniging
1	€ 57.393,00	Asbest Slachtoffers Vereniging Nederland
1	€ 78.150,00	Nederlandse Coeliakie Vereniging
1	€ 70.856,00	Interstitiele Cystitis Patiëntenvereniging
1	€ 69.449,00	Nederlandse Vereniging voor Narcolepsie
1	€ 72.836,00	Vereniging van Tietze Patiënten
1	€ 78.150,00	Stichting Melanoom
1	€ 78.150,00	Vereniging van Ehlers-Danlos Patiënten
1	€ 78.150,00	Patiëntenvereniging Hart & Long Transplantatie
1	€ 78.150,00	Nederlandse Federatie van Organisaties van Ouders van Dove Kinderen (FODOK)
1	€ 78.150,00	CMTC-OVM

PGO – Stroom	Verplichting 2024	Naam
1	€ 78.150,00	Depressie Vereniging
1	€ 59.342,00	Stichting Fibrodysplasia Ossificans Progressiva Nederland (FOP)
1	€ 78.150,00	Hoofdpijnnet
1	€ 78.150,00	Angst Dwang
1	€ 78.150,00	Bijniervereniging NVACP
1	€ 78.150,00	Anosmie Vereniging
1	€ 78.150,00	Caleidoscoop
1	€ 78.150,00	Nationale Vereniging Sjögrenpatiënten
1	€ 78.150,00	Psoriasispatiënten Nederland
1	€ 78.150,00	Dovenschap
1	€ 78.150,00	Dystonie Vereniging
1	€ 78.150,00	Nederlandse Rett Syndroom Vereniging
1	€ 78.150,00	Patientvereniging Aangeboren Hartafwijkingen
1	€ 78.150,00	Hidradenitis Patiënten Vereniging
1	€ 78.150,00	Huidpatiënten Nederland
1	€ 75.024,00	Stichting PHA Nederland
1	€ 78.150,00	Ouders van een Overleden Kind (OOK)
1	€ 78.150,00	Stichting Bekkenbodem4All
1	€ 78.150,00	WEET. vereniging voor eetsstoornissen
1	€ 78.150,00	Stichting MIND Naasten Centraal
1	€ 78.150,00	Stichting Hoormij
1	€ 78.150,00	Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland
1	€ 78.150,00	Stichting Steun 22Q11
1	€ 78.150,00	Stichting Family and patient Centered Intensive Care
1	€ 76.795,00	Vereniging voor Ichthyosis Netwerken
1	€ 64.760,00	Nederlandse Vereniging Williams-Beuren Syndroom
1	€ 78.150,00	Vereniging van Huntington
1	€ 78.150,00	Stichting Het Buikencollectief
1	€ 78.150,00	Stichting Zaadbalkanker
1	€ 78.150,00	Vereniging Afwijkende Heupontwikkeling
1	€ 78.150,00	Sien
1	€ 78.150,00	Nederlandse Hypofyse Stichting
1	€ 78.150,00	Dwarslaesie Organisatie Nederland
1	€ 78.150,00	Fibromyalgie en Samenleving. De Nationale Vereniging voor Fibromyalgie Patiënten
1	€ 78.150,00	ME-CVS Stichting Nederland
1	€ 78.150,00	Patiëntenplatform Sarcomen
1	€ 78.150,00	Stichting DES Centrum
1	€ 78.150,00	Neurofibromatose Vereniging Nederland (NFVN)
1	€ 67.730,00	Belangenvereniging Von Hippel Lindau
1	€ 78.150,00	Contactgroep Marfan Nederland
1	€ 78.150,00	Stichting Olijf
1	€ 78.150,00	Vereniging voor Mensen met Constitutioneel Eczeem
1	€ 77.837,00	Stichting voor Patiënten met Kanker aan het Spijsverteringskanaal (SPKS)
1	€ 78.150,00	Leven met blaas- of nierkanker
1	€ 78.150,00	Prostaatankerstichting
1	€ 78.150,00	Stichting Voedselallergie
1	€ 78.150,00	RSI Vereniging
1	€ 78.150,00	Stichting Nederlands Netwerk voor Lymfoedeem
1	€ 78.150,00	Stichting Longkanker Nederland
1	€ 78.150,00	Patiëntenorganisatie HEVAS
1	€ 78.150,00	Nederlandse Stottervereniging Demosthenes
1	€ 78.150,00	Nederlandse Vereniging van Hemofilie-Patiënten
1	€ 78.150,00	Vereniging Cerebrale Parese
1	€ 78.150,00	Vereniging Ernstig Meervoudige Beperkingen
1	€ 78.150,00	Vereniging Spina Bifida en Hydrocephalus
1	€ 78.150,00	Vereniging Schisis
1	€ 125.040,00	Vereniging voor Volwassenen. Kinderen en Stofwisselingsziekten (VKS)
1	€ 125.040,00	Patiëntenvereniging Hoofd – Hals
1	€ 125.040,00	Impuls & Woortblind
1	€ 125.040,00	Stichting Schilddklier Organisatie Nederland
1	€ 190.560,00	Hersenletsel.nl
1	€ 244.974,00	Harteraad
1	€ 258.891,00	Stichting Hematon
1	€ 375.322,00	Oogvereniging Nederland
1	€ 51.892,00	PlatformCHD
1	€ 51.996,00	Patiëntenvereniging voor Blaasextrophie Nederland
1	€ 78.150,00	De Huidkanker Stichting
1	€ 62.103,00	Stichting Zeldzame Bloedziekten
1	€ 78.150,00	Stichting Cure ADOA Foundation
1	€ 52.100,00	Stichting Lynch Polyposis
1	€ 22.507,00	Stichting Huidlymfoom
1	€ 13.859,00	Fahr Patienten Vereniging Nederland

PGO – Stroom	Verplichting 2024	Naam
1	€ 78.150,00	Stichting Darmkanker Nederland
1	€ 46.890,00	Stichting De Negende Van
1	€ 78.150,00	Stichting Koninklijk Epilepsiefonds – De Macht van het Kleine / EpilepsieNL
1	€ 34.126,00	Stichting Kabuki Syndroom
1	€ 62.520,00	Stichting Ushersyndroom
1	€ 77.569,00	Stichting CDH1
1	€ 49.495,00	Stichting Jongeren en Kanker
1	€ 78.150,00	Stichting Voices for Women
1	€ 25.832,00	Stichting Erfelijke Kanker Nederland
1	€ 78.150,00	Stichting JongPIT
1	€ 52.390,00	Stichting PMDD Nederland
1	€ 78.150,00	Stichting ReumaNederland
1	€ 75.024,00	stichting Bariatriegroepnederland
1	€ 77.942,00	Stichting Suicide Preventie Centrum
1	€ 78.150,00	Stichting Centrum Chronisch Ziek en Werk
1	€ 78.150,00	Landelijke Vereniging van Ouderinitiatieven
1	€ 46.244,00	Stichting Zorgeloos naar School met een chronische aandoening
1	€ 54.705,00	Naar-Keuze
1	€ 78.150,00	Stichting HandicapNederland
1	€ 78.150,00	Stichting Complex Care United
1	€ 24.435,00	stichting Mama Vita
1	€ 78.150,00	Stichting Care4Bones
1	€ 78.150,00	PostCovid NL
1	€ 78.150,00	Longfonds & patientenorganisatie
1	€ 78.150,00	Stichting Misbruikt!
2	€ 124.999,00	Dit Koningskind
2	€ 119.910,00	Stichting Hoormij
2	€ 122.452,00	Stichting Schildklier Organisatie Nederland
2	€ 113.600,00	borstkankervereniging nederland
2	€ 124.878,00	Oudervereniging Balans
2	€ 64.378,65	Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging Nederland
2	€ 56.962,90	Neurofibromatose Vereniging Nederland NFVN
2	€ 123.984,00	Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA)
2	€ 124.999,00	Osteoporose Vereniging
2	€ 124.999,00	Stichting Steun 22Q11
2	€ 122.680,00	Stichting Downsyndroom
2	€ 124.958,00	Diabetesvereniging Nederland
2	€ 124.400,00	Nederlandse Stomavereniging
2	€ 79.200,00	Lichen Planus Vereniging Nederland (LPVN)
3	€ 308.999,00	NFK
3	€ 167.322,25	Samenwerkingverband Pijnpatienten naar 1 stem
3	€ 124.139,71	VSOP
3	€ 316.367,00	Federatie WaihonaPedia
4	€ 1.969.181,00	MIND
4	€ 2.600.044,66	Patiëntenfederatie Nederland
4	€ 3.881.483,68	leder(In)

Vraag 624

Wat is het totale landelijke tekort van IC en SEH verpleegkundigen?

Antwoord:

Het Capaciteitsorgaan heeft zoals gemeld in het antwoord op vraag 164 in haar adviezen aandacht voor de tekorten van IC- en SEH-verpleegkundigen. Het aantal IC-verpleegkundigen is de afgelopen jaren licht gedaald. Uit het laatst beschikbare advies van het Capaciteitsorgaan blijkt dat er in 2022 3.652 FTE aan IC-verpleegkundigen werkzaam was, met 330 FTE aan openstaande vacatures. Experts geven aan dat het aantal werkzame fte richting 2029 echter zal moeten groeien tot 4.759 fte, wat een forse opleidingsinspanning zal vergen. Het aantal werkzame SEH-verpleegkundigen was in 2022 2.253 FTE, met 136 FTE aan openstaande vacatures. Het aantal SEH-verpleegkundigen is de afgelopen jaren gestegen, en al blijven er tekorten bestaan, zijn deze wel wat afgenomen. De afgelopen jaren zijn er ook een flink aantal

SEH-verpleegkundigen opgeleid, meer ook dan geadviseerd. Dit volgt uit figuur 45 en 46 van het deelrapport 8 van het Capaciteitsorgaan.¹¹⁷

Vraag 625

Zijn de middelen voor de opleidingsmodule basis acute zorg voldoende om het landelijke tekort van IC en SEH verpleegkundigen tegen te gaan? Zo nee, hoeveel budget is er naar verwachting nodig?

Antwoord:

Voor de Subsidierегeling Opleidingsmodule Basis Acute Zorg (BAZ) is in 2024 € 10 miljoen beschikbaar gesteld. Op basis van het aantal aanvragen in 2023 lijkt dit budget toereikend voor de opleidingsbehoefte van ziekenhuizen. De aanvraagronde voor 2024 loopt van 15 september tot en met 15 oktober 2024. Over het totaal aantal aanvragen is daarom nog niets te zeggen.

Per 1 januari 2025 wordt de BAZ-opleiding bekostigd vanuit de beschikbaarheidsbijdrage, net als de opleidingen tot IC- en SEH-verpleegkundige. Voor deze verpleegkundige vervolgoopleidingen en opleidingen voor medisch ondersteunende beroepen is de beschikbaarheidsbijdrage een open einde regeling. Er is dus geen sprake van een budget of een maximum aan het aantal opleidingsplekken. Zorginstellingen kunnen opleiden naar wat ze nodig achten, maar zaken als opleidingscapaciteit en het aantal geschikte kandidaten kunnen nog steeds de haalbaarheid beperken van het doel om op te leiden volgens het advies van het Capaciteitsorgaan. Mede daarom zijn deze opleidingen afgelopen jaren modulair ingericht. Dat de BAZ-opleiding kan worden bekostigd vanuit de beschikbaarheidsbijdrage is gevolg van de aansluiting van de bekostiging op dit modulaire opleiden. Dit moet bijdragen aan meer flexibel personeel binnen specialistische clusters zoals de acute zorg, snellere inzetbaarheid en opleidingen die beter aansluiten bij de veranderende zorgvraag.

Vraag 626

Hoeveel zorgaanbieders zijn er de afgelopen 5 jaar veroordeeld voor fraude?

Antwoord:

Opsporingsinstanties en het OM houden niet systematisch bij of het bij veroordelingen om fraude in de zorg gaat. Deze informatie is dus niet beschikbaar.

Vraag 627

Hoeveel boetes voor zorgfraude zijn er de afgelopen 5 jaar opgelegd, welke bedragen zijn er geïnd en vloeit dit geld terug in de zorg of gaat het naar algemene middelen?

Antwoord:

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de afgelopen vijf jaar (van 2019 tot en met 2024) elf boetes opgelegd voor aan zorgfraude gerelateerde overtredingen, zoals een onjuiste administratie of het overtreden van het verbod om een onjuist tarief in rekening te brengen. Sommige boetes zijn gelijktijdig opgelegd voor verschillende overtredingen, aan verschillende zorgaanbieders en/of hun bestuurders. De boetes zijn allemaal (nog) niet (volledig) betaald. Dit komt omdat de bezwaar en/of beroepsprocedure nog niet is afgerond, de NZa nog bezig is met de invordering van de boete of de boete wegens faillissement van de zorgaanbieder niet meer kan worden ingevorderd. Exacte bedragen die worden geïnd, worden niet bekend gemaakt. Het geld vloeit terug naar de algemene middelen van het Rijk, dan wel het Zorgverzekeringsfonds. Dit hangt af van het type overtreding, en vloeit voort uit artikel 104 van de Wet marktordening gezondheidszorg.

¹¹⁷ Capaciteitsplan 2022-2025 Deelrapport 8 FZO beroepen & Ambulanceverpleegkundigen - Capaciteitsorgaan

Vraag 628

Waarom is de subsidietaakstelling voor VWS voor 2025 nog niet concreet ingevuld, terwijl deze bij andere departementen wel al concreet is ingevuld?

Antwoord:

De subsidietaakstelling voor het jaar 2025 is reeds verwerkt in de ontwerpbegroting en derhalve ook beleidsmatig wel ingevuld. Voor 2025 is de taakstelling van € 53 miljoen verwerkt op artikel 4 (Zorgbreed beleid) als hogere ontvangst van € 30 miljoen op arbeidsmarktbeleid en op artikel 6 (Sport en bewegen) ontvangst meerkosten energie openbare zwembaden € 23 miljoen.

Net als de andere begrotingen heeft ook het Ministerie van VWS voor 2025 invulling gegeven in de subsidietaakstelling.

Vraag 629

Aan welke invulling van de subsidietaakstelling voor 2025 denkt de Minister en wanneer ontvangt de Kamer de definitieve invulling van de subsidietaakstelling VWS voor 2025?

Antwoord:

De subsidietaakstelling voor 2025 is reeds verwerkt in de Ontwerpbegroting, Voor 2025 is de taakstelling van € 53 miljoen verwerkt op artikel 4 (Zorgbreed beleid) als hogere ontvangst van € 30 miljoen op arbeidsmarktbeleid en op artikel 6 (Sport en bewegen) ontvangst meerkosten energie openbare zwembaden € 23 miljoen.

Vraag 630

Hoe zorgt de Minister, in het kader van transparantie in de zorg, dat adequate uitvoering gegeven wordt aan de breed gesteunde motie Van den Hil (Kamerstuk 36 396, nr. 5) en er op korte termijn flinke stappen gezet worden om patiënten geïnformeerd keuze te kunnen laten maken?

Antwoord:

Met de brief van 18 juni 2024 (Kamerstukken 2023/24, 31 765, nr. 858) wordt aangegeven hoe de motie Van den Hil wordt uitgevoerd. In deze brief wordt beschreven welke stappen worden gezet om patiënten van meer informatie over kwaliteit van zorg te voorzien als het gaat om medisch specialistische zorg. Om patiënten geïnformeerd keuze te kunnen laten maken, is het van belang dat er op korte termijn flinke stappen worden gezet. Daarvoor doen de verschillende partijen in de medisch specialistische zorg hun uiterste best, maar het is een complex dossier dat tijd vraagt. De Minister van VWS houdt de voortgang nauwlettend in de gaten.

Vraag 631

Wat is de status van Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP) bij de huisarts?

Antwoord:

MTVP is voor iedere huisartsenpraktijk beschikbaar. Tot en met 2024 kan dit nog via een tijdelijke bekostigingsvorm in segment 3 van de huisartsenzorg. De NZa heeft aangegeven dat structurele bekostiging van MTVP per 1 januari 2025 beschikbaar komt als aparte prestatie in segment 1 van de huisartsenbekostiging. Daar is de Kamer eerder dit jaar over geïnformeerd.¹¹⁸ Alle afspraken over MTVP uit het integraal zorgakkoord (IZA) zijn hiermee volledig uitgevoerd.

Vraag 632

Hoeveel gz-opleidingsplaatsen (voor gz-psycholoog) zijn er voor 2025? Hoeveel gz-opleidingsplaatsen zijn er door het Capaciteitsorgaan beraamd? Volgt de Minister de raming van het Capaciteitsorgaan? Hoeveel budget is er voor gz-opleidingsplaatsen in 2025?

¹¹⁸ Kamerstuk II 2023–2024, 33 578, nr. 117

Antwoord:

Voor 2025 zijn 965 opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld voor de opleiding tot gz-psycholoog. In het advies van het Capaciteitsorgaan zijn drie scenario's uitgewerkt. Het scenario dat een antwoord is op «de verwachte groei van de zorgvraag» wordt bewust gevolgd, zoals in de reactie op het Capaciteitsplan 2024–2027 aan uw Kamer is gemeld (Kamerstukken II, 2022/23, 29 282, nr. 521). Dit betreft het advies van 965 instroomplekken per jaar. De geraamde uitgaven aan beschikbaarheidsbijdragen voor de opleiding tot gz-psycholoog bedragen circa € 84 mln in 2025. Dit bedrag heeft zowel betrekking op de verwachte nieuwe instroom in de opleiding in 2025 als op de doorstroom binnen de opleiding van mensen die in voorgaande jaren zijn gestart.

Vraag 633

Hoe wordt de € 18 miljoen subsidie voor het programma «Samenwerken en Innoveren in de Regio» via samenwerkingsverband RegioPlus verdeeld onder de verschillende regio's? Hoe verloopt het proces van toewijzing en hoeveel krijgt iedere regio?

Antwoord:

RegioPlus heeft in haar subsidieaanvraag beschreven hoe de middelen zullen worden verdeeld over de regio's. Belangrijk is dat de verdeling van middelen over de regio's op dezelfde wijze geschiedt als het vorige programma «Samen Regionaal Sterk» over de periode 2020–2024. In de kern geldt dat de verdeling van middelen geschiedt op basis van twee kerntaken: het onderhouden van de regionale infrastructuur en de specifieke arbeidsmarkttopgaven in de arbeidsmarkt regio's. De verdeelsleutels zijn op een tweetal manieren gekoppeld aan de grootte van het werkgebied. Deze methodiek is eenduidig van aard en herkenbaar voor de regionale werkgeversorganisaties, omdat het aansluit bij de voorgaande jaren. Ten aanzien van de vraag hoeveel iedere regio krijgt geldt dat die berekening nog moet worden gemaakt aan de hand van voornoemde verdeelsleutels.

Vraag 634

Wilt u de spelwijze aanpassen van «arbeidsmarkt»?

Antwoord:

Helaas kan het wel eens voorkomen dat er een typefout voorkomt in de begroting. Omdat deze typefout geen budgettaire gevolgen heeft, is het niet mogelijk om dit middels een nota van wijziging te corrigeren.

Vraag 635

Hoe is de betrokkenheid en inbreng van patiëntvertegenwoordigers geborgd bij de uitvoering van de programma's en inzet van opdrachten-budgetten gericht op verdere digitalisering en databeschikbaarheid?

Antwoord:

De Minister van VWS vindt het heel belangrijk dat het perspectief van de patiënten en cliënten geborgd is in het beleid van VWS. Digitalisering en databeschikbaarheid moet bijdragen aan gelijkwaardigere toegang tot zorg. Daarmee vindt de Minister van VWS ook dat patiënten en cliënten toegang moeten hebben tot hun eigen zorggegevens onder meer via Mijngezondheidsoverzicht en de Persoonlijke Gezondheidsomgevingen. De Patiëntenfederatie Nederland is lid van het Informatieberaad Zorg en van het Integraal Zorgakkoord en heeft een actieve rol bij de uitvoering van de IZA-afspraken op het gebied van digitalisering en gegevensuitwisseling. Daarmee borgt de Patiëntenfederatie Nederland de betrokkenheid en inbreng van patiënten.

Vraag 636

Welke financiële middelen zijn er gereserveerd voor ondersteuning van patiënten en cliënten bij de keuze en het gebruik van PGO's?

Antwoord:

Voor de volgende activiteiten voor patiënten en cliënten zijn financiële middelen gereserveerd:

1. Het PGO-informatiepunt van de Helpdesk Digitale Zorg € 0,5 miljoen per jaar t/m 2026.
2. Programma PGO on Air van de PatiëntenFederatieNederland(PFN). Dit programma heeft als doel mensen te ondersteunen bij het kennen, kiezen, gebruiken en benutten van PGO's. Daarnaast wil PGO on Air zorgverleners en zorginstellingen aanmoedigen het gebruik van PGO's te stimuleren bij hun patiënten en hen daarin ondersteunen. PFN biedt via de website digitalezorggids.nl een keuzehulp voor PGO's aan. Via deze keuzehulp kunnen gebruikers ook reviews achterlaten en kunnen mensen op basis van onder andere de gebruikerservaring van anderen een keuze maken. Hiervoor is € 0,4 miljoen beschikbaar in 2025.

Vraag 637

Hoeveel mensen hebben afgelopen jaar een boete ontvangen voor het niet op tijd betalen van hun zorgverzekeringskosten?

Antwoord:

Uit cijfers van het CAK blijkt dat er op 31 december 2023 in totaal 178.916 verzekerden waren bij wie er een bestuursrechtelijke premie was opgelegd omdat zij een betalingsachterstand van de zorgpremie van zes maanden of langer hadden. Dit betreft circa 1,2% van het totaal aantal verzekerden boven de 18 jaar.

Vraag 638

Wat waren de totale inkomsten van het CAK uit boetes in de afgelopen 5 jaar, per jaar uitgesplitst?

Antwoord:

Tabel Opgelegde en geïnde bestuursrechtelijke premie (bron: CAK)

X € 1.000	2019	2020	2021	2022	2023
Te incasseren premies	351.920	326.717	299.039	303.195	334.741
Netto betaald	299.453	222.719	279.224	385.470	349.515

In bovenstaande tabel zijn de totale opgelegde bestuursrechtelijke premie en geïnde bestuursrechtelijke premie weergegeven en de status daarvan. Het gaat hier om de totale bestuursrechtelijke premie die op dit moment is vastgesteld op 110% van de gemiddelde nominale premie. De exacte opbrengsten van alleen de opslag per jaar is niet beschikbaar, omdat de inning van de bestuursrechtelijke premie een sterk na-ijl effect heeft en de opslag de laatste jaren is veranderd. In 2019 is de opslag verlaagd van 30% naar 20% en in 2024 is de opslag verlaagd van 20% naar 10%. Dat betekent bijvoorbeeld dat de in 2023 opgelegde bestuursrechtelijke premie (de opslag was toen 20%) voor een groot deel pas in de daaropvolgende jaren wordt betaald. De totale openstaande bestuursrechtelijke premie bij het CAK per ultimo 2023 is € 498 miljoen.

Van de totale ontvangsten in een jaar wordt 23% afgedragen aan VWS (ontvangst op de VWS-begroting) en 77% gaat naar het Zorgverzekeringsfonds. Hier tegenover staat dat vanuit het Zorgverzekeringsfonds verzekeraars worden gecompenseerd voor het in verzekering houden van verzekerden in de wanbetalersregeling (in 2023 bedroeg de totale wanbetalersbijdrage € 330 miljoen).

Vraag 639

Hoeveel geld ontvangt het CAK per jaar uit de wanbetalingsregeling?

Antwoord:

Tabel Opgelegde en geïnde bestuursrechtelijke premie (bron: CAK)

X € 1.000	2019	2020	2021	2022	2023
Te incasseren premies	351.920	326.717	299.039	303.195	334.741
Netto betaald	299.453	222.719	279.224	385.470	349.515

In bovenstaande tabel is de opgelegde en geïnde bestuursrechtelijke premie weergegeven. Bij de interpretatie van deze cijfers moet rekening worden gehouden met een sterk na-ijl effect. Dat betekent bijvoorbeeld dat de in 2023 opgelegde bestuursrechtelijke premie voor een groot deel pas in de daaropvolgende jaren wordt betaald.

Van de totale ontvangsten in een jaar wordt 23% afgedragen aan VWS (ontvangst op de VWS-begroting) en 77% gaat naar het Zorgverzekeringsfonds. Hier tegenover staat dat vanuit het Zorgverzekeringsfonds verzekeraars worden gecompenseerd voor het in verzekering houden van verzekerden in de wanbetalersregeling (in 2023 ging het om € 330 miljoen).

Vraag 640

Hoeveel kost het om de wanbetalingsregeling van het CAK volledig af te schaffen?

Antwoord:

Sinds juli 2024 is de bestuursrechtelijke premie verlaagd van 120% van de gemiddelde nominale premie naar 110% van de gemiddelde nominale zorgpremie. Elke 5% verlaging leidt tot € 12 miljoen lagere ontvangsten. Dus volledige afschaffing van de opslag betekent € 24 miljoen lagere ontvangsten en het volledig afschaffen van de regeling betekent € 264 mln lagere ontvangsten.

Van de ontvangsten bestuursrechtelijke premie wordt 23% afgedragen aan VWS (ontvangst op de VWS-begroting) en 77% gaat naar het Zorgverzekeringsfonds. Dat wil zeggen: € 5,5 miljoen op de VWS-ontvangsten en € 18,5 miljoen lagere ontvangst in het Zorgverzekeringsfonds als de opslag van 10% wordt afgeschaft. Als de gehele regeling wordt afgeschaft dan zou het gaan om € 61 miljoen op de VWS-ontvangsten en € 203 miljoen lagere ontvangsten in het Zorgverzekeringsfonds.

Bij het geheel afschaffen van de wanbetalersregeling moet ook rekening worden gehouden met de uitgaven. Zorgverzekeraars ontvangen een bijdrage voor het verzekerd houden van verzekerden in de wanbetalersregeling. In 2023 ontvingen zorgverzekeraars circa € 330 mln als bijdrage voor het verzekerd houden van verzekerden in de wanbetalersregeling. De regeling kostte in 2023 circa € 21,5 mln aan uitvoeringskosten.

Het afschaffen van de gehele wanbetalersregeling zou betekenen dat verzekerden met een betalingsachterstand onverzekerd raken. Dankzij de wanbetalersregeling blijven verzekerden verzekerd voor de basisverzekering die zij hebben afgesloten, ook als zij geen zorgpremie betalen aan de zorgverzekeraar en geen bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Zodra zij een betalingsregeling treffen, betalen zij direct weer de normale zorgpremie.

Vraag 641

Kunt u cijfers geven van de hoeveelheid pleegouders/pleeggezinnen in de afgelopen vijf jaar? Is het aantal gestegen of gedaald ten opzichte van de vraag? Hoeveel pleegouders/pleeggezinnen zijn gestopt de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Het aantal pleeggezinnen in de afgelopen 5 jaar is weergegeven in onderstaande tabel:¹¹⁹

Jaartal	Aantal pleeggezinnen/pleegouders
2019	16.717
2020	17.312
2021	17.548
2022	16.608
2023	15.197

Het aantal jeugdigen dat de afgelopen 5 jaar wachtte op pleegzorg is weergegeven in onderstaande tabel:

Jaartal	Aantal jeugdigen dat wacht op pleegzorg op 31 december:
2019	2.386
2020	2.412
2021	2.480
2022	2.228
2023	2.149

Het aantal pleeggezinnen dat de afgelopen 5 jaar is gestopt, is weergegeven in onderstaande tabel:

Jaartal	Aantal pleeggezinnen/pleegouders dat is gestopt
2019	2.386
2020	2.412
2021	2.480
2022	2.228
2023	2.149

Meer dan de helft van de pleegouders die in de afgelopen 5 jaar zijn gestopt, waren netwerkpleegouder (familie of bekende van de jeugdige). Wanneer zo'n plaatsing is afgerond, kiezen de meeste netwerkpleegouders niet voor een nieuwe pleegzorgplaatsing van een, voor hen, onbekend kind.

Vraag 642

Op welke manier zorg u ervoor dat de kwaliteit van jeugdhulp wordt verbeterd?

Antwoord:

Kwaliteit van jeugdhulp en de verbetering hiervan is in eerste instantie aan het veld: beroepsverenigingen, opleidingen en jeugdhulporganisaties werken in de praktijk voortdurend aan het verbeteren van kwaliteit van de jeugdhulp. Mijn rol is om hen hierbij te faciliteren waar mogelijk, onder andere door financiering.

Aangezien de kwaliteitsverbetering een impuls kan gebruiken, zijn afspraken gemaakt in de Hervormingsagenda met als doel het borgen van kwaliteit en het opzetten van een structuur/cultuur waarin blijvend kan worden geleerd in het jeugdstelsel. Hiervoor is de werkorganisatie Kwaliteit en Blijvend Leren (KBL) ingericht en komt er eind 2025 een Leeragenda waarin is opgenomen wat de komende tijd nodig is in het veld voor de verbetering van kwaliteit en blijvend leren. Hierbij is het ook

¹¹⁹ Pleegzorg Nederland – Factsheet Pleegzorg 2019; Pleegzorg Nederland – Factsheet Pleegzorg 2020; Pleegzorg Nederland – Factsheet Pleegzorg 2021; Pleegzorg Nederland – Factsheet Pleegzorg 2022; Pleegzorg Nederland – Factsheet Pleegzorg 2023.

belangrijk dat al beschikbare kennis over kwaliteit en effectiviteit in de praktijk beter wordt benut, rekening houdend met de context, de leefwereld van een gezin en wijk, gemeente of regio.

Door het nakomen van de afspraken uit de Hervormingsagenda wordt samen met de vijfhoek gefaciliteerd dat er in het veld op een duurzame manier wordt gewerkt aan de verbetering van kwaliteit.

Vraag 643

Klopt het dat bij de doelstellingen van artikel 5 Jeugd de zinsnede «ontwikkelen hun talenten en doen mee aan de samenleving» is verdwenen ten opzichte van vorig jaar en waarom is dat?

Antwoord:

Het kabinet vindt het van groot belang dat kinderen hun talenten kunnen ontwikkelen en kunnen meedoen aan de samenleving en zet zich daar onverminderd voor in. Dat doen de verschillende departementen samen, omdat hiervoor inzet vanuit verschillende beleidsterreinen nodig is. In de aanpak van het Ministerie van VWS ligt de nadruk op het gezond en veilig opgroeien van jeugdigen; daarom is deze tekst iets aangepast en aangescherpt. Deze inzet zal er uiteraard ook aan bijdragen dat jeugdigen hun talenten kunnen ontwikkelen en kunnen meedoen aan de samenleving.

Vraag 644

In hoeverre zijn de besparingen die in de financiële tabel van de Hervormingsagenda zijn ingeboekt voor de jaren 2022, 2023 en 2024 behaald? Kunt u per jaar uiteenzetten hoeveel er door gemeenten is bespaard in de jaren 2022, 2023 en 2024 op jeugdzorg door de maatregelen uit de Hervormingsagenda?

Antwoord:

De deskundigencommissie Hervormingsagenda Jeugd zal in januari 2025 een onafhankelijk zwaarwegend advies uitbrengen over de uitvoering van de maatregelen en de gepleegde inspanningen uit de Hervormingsagenda Jeugd, mede in relatie tot de uitgavenontwikkeling. Hiervoor brengt een onderzoek de totale uitgaven van gemeenten aan jeugdzorg voor 2023 in beeld en een prognose van 2024. Dit onderzoek ontvangt u binnenkort. Het is momenteel niet mogelijk om de effecten van de afzonderlijke voornemens en maatregelen te onderscheiden op de totale uitgavenontwikkeling. Daarom beziet de commissie vooral de ontwikkeling van de totale uitgaven ten opzichte van het meerjarig financieel kader. Het jaar 2022 valt overigens buiten de afspraken uit de Hervormingsagenda.

Vraag 645

Hoeveel gemeenten hadden een financieel tekort op jeugdzorg in 2022, 2023 en 2024? Kunt u dit uiteenzetten in een overzicht? Binnen welke bandbreedte lagen deze tekorten? Hoe zijn deze tekorten opgelost?

Antwoord:

Er is geen overzicht van financiële tekorten op jeugdzorg per individuele gemeente. De gemeenteraad stelt jaarlijks een begroting vast en moet ervoor zorgen dat deze structureel en reëel in evenwicht is. Binnen de kaders van de wet- en regelgeving, zoals de Jeugdwet, is het aan de individuele gemeenten hoe ze hun ontvangsten uit het Gemeentefonds inzetten. De middelen uit de Algemene Uitkering van het Gemeentefonds zijn beleids- en bestedingsvrij voor gemeenten.

Vraag 646

Hoe staat het met de ambitie van nul gesloten plaatsingen (gesloten jeugdhulp) in 2030? Staat die ambitie er nog? Hoeveel gesloten (jeugd)-plaatsingen waren er de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

In de bestuurlijke afspraken die Rijk, VNG en Jeugdzorg Nederland juni 2024 gemaakt hebben over de transformatie gesloten jeugdhulp is de ambitie om in 2030 zo dicht bij mogelijk nul gesloten plaatsingen te zijn bevestigd.

Hieronder treft u de informatie over het aantal plaatsingen in de afgelopen vijf jaar aan:¹²⁰

	2019	2020	2021	2022	2023
Aantal plaatsingen gesloten jeugdhulp	1.706	1.364	1.181	989	891

Vraag 647

Hoeveel kinderen zijn er de afgelopen vijf jaar uit huis geplaatst?

Antwoord:

De beleidsinformatie van CBS bevat cijfers over het aantal jeugdigen dat jeugdhulp met verblijf in samenloop met een kindbeschermingsmaatregel heeft. Dit geeft een indicatie van het totaal aantal jongeren dat in het gedwongen kader uit huis is geplaatst. In 2023 hebben 17.125 kinderen jeugdhulp met verblijf ontvangen terwijl er ook sprake was van een kindbeschermingsmaatregel. In 2022 waren dit 17.680 en in 2021 19.030. We noemen hier niet de cijfers van vóór 2021, omdat deze niet goed te vergelijken zijn met de cijfers vanaf 2021. Dit komt door een toename in het jeugdhulpaanbieders dat data bij CBS via het berichtenverkeer aanlevert.

Vraag 648

Hoeveel jongeren maken gebruik van de Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar?

Antwoord:

Er is geen informatie beschikbaar over het aantal jongeren dat gebruik maakt van de Regeling overgang Jeugdwet naar Zvw bij bereiken 18 jaar. Eerder is wel in het kader van het programma Zorg voor de Jeugd gemonitord wat de vervolgzorg (excl. verlengde jeugdhulp) is van jongeren die jeugdhulp ontvingen in het laatste kwartaal voor hun 18^e verjaardag. In 2022 had 21,6% van deze jongeren binnen 1 maand GGZ vanuit de Zvw; binnen 3 maanden 25,1%; en binnen 6 maanden 27,4%. Jongeren kunnen echter na hun 18^e verjaardag eerst nog verlengde jeugdhulp hebben en later zorg ontvangen vanuit andere wetten.

Vraag 649

Hoeveel jongeren in de categorie 18–23 jaar zijn dakloos? Hoe hebben deze cijfers zich de afgelopen vijf jaar ontwikkeld?

Antwoord:

De enige cijfers over het aantal dakloze jongeren die op dit moment op landelijk niveau beschikbaar zijn, zijn afkomstig van een jaarlijkse schatting van het CBS. Volgens deze schatting was op 1 januari 2023 20% van de dakloze mensen in Nederland tussen de 18–27 jaar; het gaat om 6.200 mensen. Het aandeel jongere dakloze mensen is in 2023 licht toegenomen ten opzichte van 2022 (19%) en 2021 (18%). Ten opzichte van de jaren daarvoor is het aandeel jongere dakloze mensen afgenomen. In 2016 was naar schatting 35% van de dakloze mensen tussen de 18–27 jaar. In 2020 was dit 23%.¹²¹

¹²⁰ Factsheet-JeugdzorgPlus-2023.pdf (www.jeugdzorgnederland.nl)

¹²¹ Dakloze mensen 18 tot 65 jaar, persoonskenmerken | CBS, 26,6 duizend dakloze mensen begin 2022 | CBS, Aandeel jongere daklozen in 5 jaar tijd gehalveerd | CBS

Het is belangrijk beter zicht te krijgen op het aantal dakloze mensen en de samenstelling van deze groep. Uit de resultaten van de eerste Nederlandse ETHOS tellingen dak- en thuisloosheid van Kansfonds en Hogeschool Utrecht, in de regio's Noordoost-Brabant en Meijerij en Bommelerwaard, blijkt dat jongeren relatief oververtegenwoordigd zijn in de groep dakloze mensen.¹²²

Vraag 650

Hoeveel jongeren maken op 18 jarige leeftijd de overstap van Jeugdwet naar Wmo? Kunt u dit uiteenzetten voor de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Deze cijfers over de afgelopen vijf jaar hebben we op landelijk niveau niet. In 2022 is in het kader van het programma Zorg voor de Jeugd wél gemonitord wat de vervolgzorg (excl. verlengde jeugdhulp) is van jongeren die jeugdhulp ontvingen in het laatste kwartaal voor hun 18^e verjaardag: 8,5% van deze jongeren binnen 1 maand hulp vanuit de Wmo; binnen 3 maanden 9,9%; en binnen 6 maanden 11,3%. Jongeren kunnen echter na hun 18^e verjaardag eerst nog verlengde jeugdhulp hebben en later zorg ontvangen vanuit andere wetten.

Vraag 651

Hoeveel jongeren maken op 18 jarige leeftijd de overstap van Jeugdwet naar Wlz? Kunt u dit uiteenzetten voor de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Deze cijfers hebben we landelijk niet over de afgelopen vijf jaar. In 2022 is in het kader van het Programma Zorg voor de Jeugd wél gemonitord wat de vervolgzorg (excl. verlengde jeugdhulp) is van jongeren die jeugdhulp ontvingen in het laatste kwartaal voor hun 18^e verjaardag: 1,7% van deze jongeren binnen 1 maand hulp vanuit de Wlz; binnen 3 maanden 2,1%; en binnen 6 maanden 2,4%. Jongeren kunnen echter na hun 18^e verjaardag eerst nog verlengde jeugdhulp hebben en later zorg ontvangen vanuit andere wetten.

Vraag 652

Hoeveel jongeren maken op 18 jarige leeftijd de overstap van Jeugdwet naar Zvw? Kunt u dit uiteenzetten voor de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

Deze cijfers over de afgelopen vijf jaar hebben we niet. In 2022 is in het kader van het Programma Zorg voor de Jeugd wél gemonitord wat de vervolgzorg (excl. verlengde jeugdhulp) is van jongeren die jeugdhulp ontvingen in het laatste kwartaal voor hun 18^e verjaardag: 21,6% van deze jongeren binnen 1 maand GGZ vanuit de Zvw; binnen 3 maanden 25,1%; en binnen 6 maanden 27,4%. Jongeren kunnen echter na hun 18^e verjaardag eerst nog verlengde jeugdhulp hebben en later zorg ontvangen vanuit andere wetten.

Vraag 653

Is de structurele besparingsopgave van € 1 miljard, gekoppeld aan de uitvoering Hervormingsagenda Jeugd, een hard doel om te halen?

Antwoord:

Ja, de besparingsopgave van € 1 miljard is een afspraak tussen Rijk en gemeenten. Rijk en gemeenten spannen zich gezamenlijk in de afgesproken voornemens en maatregelen in de Hervormingsagenda in gang te zetten en uit te voeren en ook anderszins beleid te voeren om de financiële doelstelling van de agenda te realiseren.

Vraag 654

¹²² Resultaten ETHOS telling: veel kinderen en jongeren dak- of thuisloos - Kansfonds

Is de structurele besparingsopgave van € 1 miljard inclusief de voorgenomen taakstelling om te bezuinigen op de subsidies, of staat dat er los van?

Antwoord:

De voorgenomen taakstelling om te bezuinigen op subsidies staat los van de structurele besparingsopgave van de Hervormingsagenda Jeugd.

Vraag 655

Kan de taakstelling op de subsidies voor Jeugdzorg, zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord en zichtbaar op de begroting, nader worden toegelicht?

Antwoord:

De taakstelling op subsidies is een brede taakstelling voor VWS en dus niet alleen op het terrein van Jeugdzorg. De subsidietaakstelling voor 2025 is reeds verwerkt in de Ontwerpbegroting. Voor 2025 is de taakstelling van € 53 miljoen verwerkt op artikel 4 (Zorgbreed beleid) als hogere ontvangst van € 30 miljoen op arbeidsmarktbeleid en op artikel 6 (Sport en bewegen) ontvangst meerkosten energie openbare zwembaden € 23 miljoen. Aan de invulling van de subsidietaakstelling in 2026 en verder wordt momenteel gewerkt. U ontvangt vóór de begrotingsbehandeling van VWS een nota van wijziging. Dan wordt ook inzichtelijk op welke wijze dit subsidies op het terrein van Jeugdzorg raakt.

Vraag 656

Er is € 180 miljoen beschikbaar gesteld voor de transitie gesloten Jeugdzorg, kan het beleid voor het besteden van deze gelden nader worden toegelicht?

Antwoord:

Deze middelen zijn beschikbaar voor de transformatie van de gesloten jeugdhulp:

- Afbouw: het definitief sluiten van (locaties voor) gesloten jeugdhulp.
- Ombouw: het ombouwen van grootschalige groepen gesloten jeugdhulp naar kleinschalige groepen voor gesloten jeugdhulp.
- Opbouw van alternatieven: alle zorg die in plaats van gesloten jeugdhulp ingezet (kan) worden, zoals ambulante alternatieven of kleinschalige open woonvoorzieningen.

Vraag 657

Op welke manieren wordt gewerkt aan het verbeteren van klachtrecht in de jeugdzorg? Welke middelen zijn hiervoor gereserveerd?

Antwoord:

De Ministeries van VWS en JenV zijn in gesprek met relevante partijen in het veld om een overkoepelend en actueel beeld te krijgen van de uitvoeringspraktijk van klachtprocedures bij organisaties in het jeugd(zorg)domein¹²³. Op basis van deze gesprekken wordt gekeken wat nog meer nodig is om de huidige uitvoering dan wel de wetgeving rondom het klachtrecht in het jeugd(zorg)domein verder te verbeteren. Over de uitkomsten zullen wij uw Kamer informeren via de reguliere voortgangsbrieven Jeugdzorg.

Vraag 658

Hoeveel jeugdzorginstellingen verkeren in financiële rode cijfers? Hoeveel jeugdzorginstellingen zijn omgevallen het afgelopen jaar? Hoeveel in de afgelopen vijf jaar?

Antwoord:

De Jeugdautoriteit heeft 343 aanbieders in beeld met een omzet van € 2 miljoen of meer voor activiteiten op de Jeugdwet. Daarvan heeft 21%

¹²³ Met organisaties in het jeugd(zorg)domein worden bedoeld: jeugdhulpaanbieders, gecertificeerde instellingen, Raad voor de Kinderbescherming en Veilig Thuis organisaties

rode cijfers geschreven op basis van het resultaat na belastingen over het jaar 2023. Het afgelopen jaar zijn 18 aanbieders in casuïstiek geweest bij de Jeugdautoriteit en is geen enkele aanbieder failliet gegaan. Wel zijn in 2024 twee aanvragen gedaan en goedgekeurd voor de subsidieregeling continuïteit cruciale jeugdhulp. Voorwaarde hierbij is dat de liquiditeitsprognose van de aanvragende partijen dusdanig zijn dat zij binnen één jaar het ontvangen subsidiebedrag kunnen terugbetalen. In de afgelopen 5 jaar zijn gemiddeld 17 aanbieders per jaar in casuïstiek geweest bij de Jeugdautoriteit. Er zijn geen jeugdzorginstellingen die de Jeugdautoriteit in beeld had omgevallen in de afgelopen vijf jaar.

Vraag 659

Klopt het dat er geen middelen zijn gereserveerd voor het verbeteren van het klachtrecht?

Antwoord:

Nee, dit klopt niet. Er zijn middelen beschikbaar voor het verbeteren van het klachtrecht met als eerste stap om een overkoepelend en actueel beeld te krijgen van de uitvoeringspraktijk van klachtprocedures bij organisaties in het jeugd(zorg)domein.¹²⁴ Als we dit scherp hebben kunnen we nader bepalen of en wat verder nodig is.

Vraag 660

De begroting beschrijft een integrale samenwerking sociaal domein voor jeugdigen van 0–27 jaar vanuit de Ministeries VWS, OCW, SZW, JenV en BZK. Hoe gaat deze integrale en interdepartementale aanpak eruit zien? Zullen er aparte middelen voor deze aanpak worden vrijgemaakt? Zo ja, hoeveel? Wanneer wordt hier de eerste uitwerking van verwacht? Welke bewindspersoon neemt het voortouw en de verantwoordelijkheid voor deze aanpak? In hoeverre loopt deze aanpak samen met de Hervormingsagenda Jeugd?

Antwoord:

Het kabinet wil samen met gemeenten ervoor zorgen dat het beleid om (kinder)armoede aan te pakken verbetert, mede in navolging van de Europese kindergarantie. Dit doet het kabinet onder andere via de interdepartementale aanpak kwetsbare gezinnen met jeugdigen van 0–27 jaar vanuit de Ministeries VWS, OCW, SZW, JenV en BZK. De aanpak zit nog in de opstartfase en op dit moment wordt de opdracht en werkwijze uitgewerkt. Voor de aanpak worden op dit moment geen specifieke middelen beschikbaar gesteld. Uitgangspunt van de aanpak is het zoveel als mogelijk aan elkaar verbinden en versterken van bestaande programma's met reeds beschikbare capaciteit. De aanpak sluit dan ook aan bij lopende trajecten, zoals de Hervormingsagenda Jeugd. Hiermee zet het kabinet in op het oplossen van jeugdhulpvragen in combinatie met het oplossen van onderliggende problematiek in het gezin, zoals bestaanszekerheid, huisvesting, onderwijs, gezondheid, zorg, veiligheid, sport en cultuur.

Vraag 661

Waarom is er deels gekozen voor subsidies voor de verschillende onderdelen in de aanpak van kindermishandeling en het beschermen van kinderen en gezinnen, en geen structureel bedrag? Om hoeveel gevallen gaat het?

Antwoord:

Sommige organisaties ontvangen een *structurele* instellingssubsidie, zoals het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling en GGD GHOR (ten behoeve van Forensisch medische expertise bij kinderen). Het gaat

¹²⁴ Met organisaties in het jeugd(zorg)domein worden bedoeld: jeugdhulpaanbieders, gecertificeerde instellingen, Raad voor de Kinderbescherming en Veilig Thuis organisaties

hier om organisaties die momenteel een belangrijke rol spelen in het kunnen duiden van signalen van kindermishandeling.

Andere initiatieven in de aanpak van kindermishandeling en het beschermen van kinderen en gezinnen worden ondersteund met *incidentele* subsidies en opdrachten. Deze kunnen ook meerjarig zijn. Op deze manier kan flexibel tijdelijk extra inzet gepleegd worden op een bepaald onderwerp of vraagstuk dat aansluit op de ontwikkelingen en behoeften in de praktijk. Het exacte aantal subsidies wordt in 2025 nader ingevuld.

Vraag 662

Is er zicht op hoe het geld, dat vanuit de Hervormingsagenda Jeugd richting de gemeenten stroomt, lokaal door de gemeenten wordt besteedt?

Antwoord:

Er is geen zicht op besteding van de middelen door gemeenten die vanuit de Hervormingsagenda aanvullend aan het Gemeentefonds zijn overgemaakt. De middelen voor jeugdzorg zijn onderdeel van de Algemene Uitkering van het Gemeentefonds, waarvoor beleids- en bestedingsvrijheid geldt. Gemeenten gaan dus zelf over de verdeling van de beschikbare middelen. Wel moeten gemeenten jaarlijks verantwoording afleggen via lv3, de zogenaamde Informatie voor derden. Dit is voor jeugdzorg echter op totaal niveau. Vanaf 2025 wordt de indeling in lv3 zo aangepast, dat meer financieel zicht is op de verschillende vormen van jeugdzorg. Desalniettemin kan geen koppeling gemaakt worden tussen middelen vanuit de Hervormingsagenda en de bestedingen van gemeenten.

Vraag 663

Hoe worden de € 9 miljoen binnen de Hervormingsagenda Jeugd voor de slagkracht van uitvoerende partijen, waaronder cliëntenorganisaties precies ingezet? Welk deel daarvan gaat naar cliëntenorganisaties, welke zijn dat en welke niet, en op basis waarvan is deze keuze gemaakt?

Antwoord:

De € 9 miljoen per jaar is bedoeld voor de ondersteuning van de uitvoering van de Hervormingsagenda in brede zin. De besteding van de € 9 miljoen in 2025 is op dit moment nog niet volledig verplicht. De aanwending wordt steeds gezien in het licht van de actualiteiten en zal naar verwachting in de loop van het jaar nog gedeeltelijk wijzigen. Op dit moment is de verdeling van de inzet van middelen op hoofdlijnen als volgt:

Activiteit	Raming middelen
Ondersteuning landelijke partijen in de vijfhoek	€ 1.000.000
Ondersteuning veld bij implementatie maatregelen Hervormingsagenda, o.a. via het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ)	€ 3.239.000
Specifieke middelen voor de uitvoering van de verschillende thema's uit de Hervormingsagenda, ten dele nog toe te bedelen aan de thema's	€ 4.030.000
Volgen voortgang Hervormingsagenda	€ 731.000

De middelen die beschikbaar zijn voor cliëntenorganisaties zijn afhankelijk van de activiteiten die zij uitvoeren voor de agenda. Voor de ondersteuning van cliëntenorganisaties is in 2025 vooralsnog € 116.680,- beschikbaar (naast de structurele financiering die zij ontvangen, zie hiervoor vraag 664). Dit zijn MIND en leder(in), die op hun beurt andere organisaties financieren voor hun inzet. Het bedrag is in goed overleg met

de cliëntenorganisaties bepaald op basis van hun inzet in het kader van de Hervormingsagenda.

Vraag 664

Er is € 9 miljoen beschikbaar gesteld om de slagkracht van de uitvoerende partijen bij de Hervormingsagenda Jeugd te versterken, zoals cliëntenorganisaties en het samenwerkingsverband professionals en jeugdhulpaanbieders. Zijn deze middelen ook bedoeld om participatie van jongeren en ervaringsdeskundigen van de jeugdzorg structureel te faciliteren zodat zij structureel meedenken in de besluitvorming rondom hervormingen in de jeugdzorg? Zo nee, welke middelen zijn hier wel voor gereserveerd?

Antwoord:

Voor de ondersteuning van cliëntenorganisaties in het kader van de Hervormingsagenda is in 2025 € 116.680,- beschikbaar (zie hiervoor ook het antwoord op vraag 663). Buiten de Hervormingsagenda om worden op nationaal niveau verschillende jongeren- en cliëntenorganisaties structureel gefinancierd, zoals de Nationale Jeugdtra, Iedereen, Per Saldo en MIND. Stichting ExpEx ontvangt in 2025 ook aanvullende projectsubsidie van € 110.000,00 voor hun inzet bij de aanpak om- en afbouw gesloten jeugdhulp.

Gedurende de looptijd van de Hervormingsagenda Jeugd is financiering beschikbaar voor het meedenken van de jongeren bij de hervormingen in de jeugdzorg. Dit bedrag bepalen we in goed overleg met (cliënten)organisaties aan de hand van de activiteiten die zij gaan verrichten.

Vraag 665

Hoeveel expertisenetwerken jeugdhulp zijn er?

Antwoord:

Er zijn acht bovenregionale expertisenetwerken jeugd. Op 21 juni jongstleden is Uw Kamer geïnformeerd over de voortgang rondom de netwerken.¹²⁵

Voortgangsrapportage – Bovenregionale Expertisenetwerken Jeugd | Rapport | rijksoverheid.nl

Vraag 666

Hoeveel residentiële jeugdhulpinstellingen zijn er in 2024? Hoeveel worden er in 2024 en in 2025 getransformeerd? Hoeveel jongeren zijn hiermee gemoeid?

Antwoord:

Er zijn in 2024 tien aanbieders gesloten jeugdhulp. Alle tien instellingen maken deel uit van de transformatie gesloten jeugdhulp. Momenteel verblijven 467 jeugdigen bij deze tien instellingen die hiermee te maken kunnen krijgen.

Vraag 667

Wat is de stand van zaken om de DUMAVA middelen voor zorginstellingen naar voren te halen, zoals is besproken en toegezegd bij de begrotingsbehandeling 2024?

Antwoord:

Voor 2024 is het plafond van de subsidieregeling Duurzaam Maatschappelijk Vastgoed (DUMAVA) verhoogd met € 167,8 miljoen tot in totaal € 452,3 miljoen. 150 miljoen hiervan betrof een kasschuif waarmee DUMAVA-middelen uit latere jaren naar voren zijn gehaald. De Minister van BZK heeft uw Kamer hierover geïnformeerd in zijn brief van 28 mei 2024¹²⁶ en de betreffende toezegging (TZ202402-143) daarmee afgedaan.

Vraag 668

¹²⁵ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2024D26397&did=2024D26397>

¹²⁶ Kamerstukken II, 2023/2024, 32 847, nr. 1182, p. 7/8

Aankomend jaar is er € 40 miljoen minder begroot op de subsidie «duurzame en toegankelijke sportaccommodaties» dan afgelopen jaar besteed is. Destijds was de subsidiepot zeer snel uitgeput. Wordt er aankomend jaar significant minder aanvragen vanuit sportverenigingen verwacht? Zodat de begrote € 74 miljoen voldoende wordt geacht of is de verwachting dat de subsidiepot weer vroeg in het jaar uitgeput raakt?

Antwoord:

Het budget voor de Subsidieregeling Bouw en onderhoud sportaccommodaties (BOSA) is in 2025 ongeveer gelijk aan het oorspronkelijk begrote budget in 2024. In 2024 was het budget echter al snel overvraagd. Daarom is het aanvraagportaal per augustus gesloten. De overvraging van dit jaar had te maken met het feit dat er in het eerste kwartaal een hogere instroom van aanvragen was én het gemiddelde aangevraagde bedrag hoger ligt dan voorgaande jaren. Ook heeft de hoge instroom het laatste kwartaal van 2023 geleid tot een groot aantal doorgeschoven aanvragen die ten laste zijn gekomen van het budget van 2024. Daarnaast is het aanvullende subsidiepercentage voor investeringen in verduurzaming en toegankelijkheid in 2024 verhoogd van 30% naar 40%. Met een kasschuif en een overheveling vanuit de subsidieregeling duurzaam maatschappelijk vastgoed (DUMAVA) is het budget in 2024 daarom incidenteel verhoogd van € 79 miljoen naar € 111,5 miljoen. Inzet is om de amateursport op lange termijn goed te blijven ondersteunen bij de (financiële) opgaven waar zij voor staan. De BOSA-regeling is één van de instrumenten daarvoor. Daarnaast wordt verkend of amateursportverenigingen vanaf 2025 ook gebruik kunnen maken van de DUMAVA om zo de sportsector meer ondersteuning te kunnen bieden in de verduurzamingsopgave waar verenigingen voor staan.

Vraag 669

In de VWS begroting valt te lezen dat de subsidies Sportakkoord met € 28 miljoen euro lager uitvalt in 2026 dan in 2025. Kan het inzichtelijk worden gemaakt waar deze ombuiging precies valt? Zowel per gemeente als per specifieke uitkering?

Antwoord:

Het verschil van € 28 miljoen tussen 2025 en 2026 op de subsidies Sportakkoord heeft als reden dat tijdelijke budgetten 2025 als laatste jaar hebben. Het betreft tijdelijke budgetten met inzet op Bewegen en Volksziekten (afkomstig vanuit regeerakkoord vorig kabinet), het tegengaan van racisme/discriminatie en het versterken van sportbonden. Een bedrag van € 6,8 miljoen hiervan heeft betrekking op de uitkeringen aan gemeenten via de specifieke uitkeringen Brede Regeling Combinatiefuncties (BRC) en Sportakkoord.

Vraag 670

In tabel 51 is een Budgettaire ruimte van 0,6 opgenomen. Van welk bedrag is dit percentage en hoeveel is dit in euro's?

Antwoord:

De genoemde percentages in tabel 51 moeten afgezet worden tegen de totaal geraamde uitgaven op artikel 6 van € 429,3 miljoen. De geraamde budgettaire ruimte van 0,6% kent daarmee een omvang van circa € 2,6 miljoen.

Vraag 671

Hoe gaat u de subsidieregeling voor de organisatie voor topsportevenementen uitwerken? Wat is uw definitie van een topsportevenement?

Antwoord:

Op 25 maart 2024 is de subsidieregeling topsportevenementen 2024–2028¹²⁷ in werking getreden. De regeling is de opvolger van de subsidieregeling topsportevenementen 2021–2023. Deze regeling is bedoeld om de organisatie van eenmalige internationale topsportevenementen in Nederland financieel te ondersteunen.

De definitie van een topsportevenement die gehanteerd wordt bij de subsidieregeling, staat uitgebreid toegelicht in de regeling. Het betreft in ieder geval een evenement dat internationaal van aard is, waar sporters Nederland op Europees of mondiaal topniveau vertegenwoordigen en waarvan het sportdiscipline opgenomen staat in de lijst topsport- en internationale wedstrijdportdisciplines gehanteerd door NOC*NSF (tenzij het gaat om de ontwikkeling van een nieuwe tak van sport).

Vraag 672

Hoe staat het met de onthouding over het WHO-pandemieverdrag en de International Health Regulations?

Antwoord:

In vervolg op het Kamerdebat over het pandemieverdrag op 21 mei 2024 heeft uw Kamer de motie Keijzer c.s. aangenomen (Kamerstuk 25 295, nr. 2185). Hiermee werd de Minister van Medische Zorg opgeroepen om zich tijdens de 77e Wereldgezondheidsvergadering van mei 2024 kenbaar te onthouden bij eventuele stemmingen over wijzigingen op de IHR en/ of het pandemie-instrument.

Op 1 juni 2024 heeft de 77e Wereldgezondheidsvergadering een pakket wijzigingen op de Internationale Gezondheidsregeling vastgesteld. Bij de vaststelling daarvan is door de Nederlandse delegatie uitgesproken dat ons land kennis heeft genomen van het onderhandelingsresultaat, maar dat het aan het nieuwe kabinet en aan het Nederlandse parlement was om zich daarover een oordeel te vormen. Op 19 september 2024 heeft de directeur-generaal van de WHO de vastgestelde wijzigingsvoorstellen genotificeerd aan de lidstaten. Zoals eerder door de Minister van Medische Zorg toegezegd in de Kamerbrieven van 16 februari 2024¹²⁸, 21 mei 2024¹²⁹ en van 25 juni 2024¹³⁰ zal na deze notificatie de uitdrukkelijke parlementaire goedkeuringsprocedure worden gevolgd. Er zal een hiertoe een wetsvoorstel worden ingediend bij de Staten-Generaal. De onderhandelingen over het pandemie-instrument hebben tot op heden nog niet tot een resultaat geleid.

Vraag 673

Hoe bent u van plan om de personele uitgaven van het kerndepartement terug te brengen met 40% in 5 jaar, terwijl de loonkosten per werknemer in die tijd hoogstwaarschijnlijk juist zullen toenemen?

Antwoord:

In het regeerprogramma is afgesproken dat het kabinet het aantal ambtenaren en de externe inhuur substantieel terugbrengt (hoofdstuk 7). Aan deze opdracht is een rijksbrede budgettaire bezuiniging gekoppeld. Voor het Ministerie van VWS betekent dit dat van 2025 tot 2029 stap voor stap een blijvende bezuiniging van 70 miljoen euro bereikt moet worden. De bezuiniging op de ambtelijke organisatie loopt bij het Ministerie van VWS op in 2025 van 19 miljoen euro, tot 33 miljoen euro in 2026, tot 49 miljoen euro in 2027 en tot 64 miljoen euro in 2028. Vanaf 2029 moet dan de blijvende bezuiniging van in totaal 70 miljoen euro zijn bereikt. De genoemde bedragen per jaar gaan over de totale bezuiniging in dat jaar.

¹²⁷ Staatscourant 2024, 10726 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officieelbekendmakingen.nl)

¹²⁸ Kamerstukken II, 2023–2024, 25 295, nr. 2166.

¹²⁹ Kamerstukken II, 2023–2024, 25 295, nr. 2184.

¹³⁰ Kamerstukken II, 2023–2024, 36 410 XVI, nr. 163.

Wat het Ministerie van VWS minder gaat doen, is op dit moment nog niet bekend. Hiervoor start binnenkort de zogeheten «takendiscussie». Op basis van advies van de ambtelijke leiding is het besluit aan de politieke leiding (de Minister en Staatssecretarissen van VWS) wat het kernministerie minder gaat doen. Daarom is nu nog niet te zeggen wanneer deze discussie klaar is en waar in de organisatie de gevolgen precies neerslaan. Bovengenoemde bedragen staan los van eventuele stijgingen in loonkosten per werknemer.

Vraag 674

Hoe bent u van plan om de uitgaven aan inhuur van externen terug te brengen met 90% in 5 jaar, terwijl in diezelfde periode ook de uitgaven aan eigen personeel moeten worden teruggebracht met bijna 30%? Hoe moet het werk dat nu door externen wordt gedaan dan worden vervangen door eigen personeel?

Antwoord:

Het gaat om een budgettaire bezuiniging voor zowel de vermindering van uitgaven voor inhuur van externen als het terugbrengen van uitgaven voor eigen personeel (zie ook antwoord op vraag 673). Op basis van de uitkomsten van de takendiscussie en de beslissing van de politieke leiding van het Ministerie van VWS volgt hoe en waar personele uitgaven terug te brengen zijn.

Vraag 675

Naar aanleiding van de apparaatsuitgaven kerndepartement, wat is het aantal fte eigen personeel?

Antwoord:

Het kerndepartement van VWS kent medio 2024 (stand juni) het aantal van 1.930 fte eigen personeel.

Vraag 676

Kan worden weergegeven welke organisaties dubbelop geraakt worden bij de taakstelling op apparaatsuitgaven, en de taakstelling op subsidies? En hierbij voor welk bedrag en percentage zij ten opzichte van het begrote en uitgegeven bedrag ten opzichte van 2024 dit is?

Antwoord:

Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van wijziging waarin beleidsmatig uiting zal komen hoe de apparaatstaakstelling en de subsidietaakstelling ingevuld worden voor de 2025 en de latere jaren. Met de nota van wijziging zullen we in beeld brengen hoe de verschillende organisaties worden geraakt door de taakstellingen van apparaat en subsidies.

Vraag 677

Hoeveel levert het op als de grens van het maximale inkomen waarover de inkomensafhankelijke bijdrage wordt berekend wordt verruimd van € 71.624 naar € 80.000? En naar € 90.000 en € 100.000?

Antwoord:

Het verhogen van de grens van het maximale inkomen waarover de inkomensafhankelijke bijdrage wordt berekend, levert geen extra opbrengsten op vanuit de inkomensafhankelijke bijdrage. In de Zvw is vastgelegd dat de inkomensafhankelijke bijdrage 50% bedraagt van de inkomsten van de Zvw. Bij een hoger maximumbijdrage-inkomen zal het percentage voor de inkomensafhankelijke bijdrage lager worden vastgesteld. Hierdoor zullen inkomens onder het maximumbijdrage-inkomen minder bijdragen en mensen met een inkomen boven het maximumbijdrage-inkomen meer bijdragen. Het maximumbijdrage-inkomen voor de Zvw sluit momenteel aan bij de hoogte van het maximumpremieloon werknemersverzekeringen in de sociale zekerheid.

Vraag 678

Wat is de exacte impact van het afschaffen van de deelplafonds op de verdeling van middelen tussen de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Beschermd Wonen? Betekent dit dat er voortaan vrijelijk geschoven kan worden tussen deze budgetten en de Aanvullende Post op de begroting van het Ministerie van Financiën, of zullen er toch nog bepaalde grenzen en voorwaarden gelden?

Antwoord:

Het kabinet heeft ervoor gekozen de deelplafonds Zorg, Sociale Zekerheid, Rijksbegroting en Investerings af te schaffen op advies van de Studiegroep Begrotingsruimte. De verdeling over de zorgwetten onder het oude uitgavenplafond «Zorg» blijft gehanteerd. Het vrijelijk schuiven tussen deze budgetten was onder de oude begrotingsregels niet mogelijk, en onder de nieuwe begrotingsregels ook niet. Het kabinet bekijkt tijdens de besluitvormingsmomenten of en op welke wijze de budgetten bijgesteld worden op basis van actuele cijfers over de zorguitgaven. Conform de regels budgetdiscipline is en blijft iedere Minister verantwoordelijk voor een goede beheersing van de departementale begroting. Dit betekent dat in het geval van een per saldo tegenvaller binnen de betreffende begroting dekking moet worden gevonden. Dit geldt ook voor de premiegefinancierde onderdelen van de begroting voor het terrein van de zorg. Een per saldo meevaller in de uitgaven aan de Zorgverzekeringswet wordt, na saldering met eventuele tegenvallers elders in de zorg en op de VWS-begroting, ingezet voor lastenverlichting via een verlaging van de premies. Voor het opvragen van middelen van de Aanvullende Post bij het Ministerie van Financiën blijft toestemming van het Ministerie van Financiën benodigd.

Vraag 679

Waarom laat u Figuur 1 beginnen bij € 80 miljard, in plaats van bij 0? Deelt u de mening dat dit een vertekenend beeld geeft van de relatieve stijging van de zorgkosten?

Antwoord:

Figuur 1 presenteert de verwachte ontwikkeling van de netto zorguitgaven voor de periode 2025–2029. De netto zorguitgaven in die periode zit in een bandbreedte van tussen € 95 miljard en € 131 miljard. Het inkorten van de y-as heeft tot doel de leesbaarheid van Figuur 1 te vergroten.

Vraag 680

Kunt u inzichtelijk maken in welke mate de zorgvraag zal toenemen als gevolg van het verlagen van het eigen risico per 1 januari 2017? Welke maatregelen gaat u nemen om de negatieve gevolgen van het verlagen van het eigen risico (toenemende zorgvraag, wachtlijsten, hogere zorguitgaven) zoveel mogelijk te beperken?

Antwoord:

Kunt u inzichtelijk maken in welke mate de zorgvraag zal toenemen als gevolg van het verlagen van het eigen risico per 1 januari 2017? Welke maatregelen gaat u nemen om de negatieve gevolgen van het verlagen van het eigen risico (toenemende zorgvraag, wachtlijsten, hogere zorguitgaven) zoveel mogelijk te beperken?

Antwoord:

In tabel 3 op pagina 199/200 van de ontwerpbegroting 2025 is aangegeven wat het verwachte effect op de zorgvraag is (kortom het remgeldeffect) van het bevroren en daarna verlagen van het eigen risico (incl. tranchering in de MSZ) op de zorguitgaven.

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
HLA: Huidig eigen risico bevrozen in 2025 en 2026			152			
HLA: Verlaging ER per 1 januari 2027 naar € 165 en tranchering op € 50 in MSZ				2.100	2.200	2.300

Inzet op versterking van de triage moet ertoe leiden dat de zorgvrager met de grootste urgentie als eerste van de wachtlijst wordt gehaald. Op deze wijze organiseren we een gelijkwaardigere toegang tot de zorg, waarbij je urgentie leidend wordt in plaats van dat je als patiënt je zorgen moet maken om de aanslag op je eigen risico. In het regeerprogramma is aangegeven langs welke lijnen de aanpak van personeelskrapte vorm krijgt. Met behulp van AI wordt ingezet op het halveren van de administratietijd in 2030. In het aanvullend zorg en welzijnsakkoord staan de gelijkwaardigere toegang tot zorg en welzijn en het afwenden van het arbeidstekort centraal. Dat akkoord zal de komende maanden nader vorm krijgen en zal meer duidelijk worden over de opbrengsten.

Vraag 681

De netto zorguitgaven zijn in 2024 neerwaarts bijgesteld met € 2,5 miljard. Welke kosten zijn er dit jaar minder uitgegeven?

Antwoord:

Zoals uit de onderstaande tabel 2 vanuit de ontwerpbegroting 2025 ((TK, 36 600 XVI, nr. 2) op pagina 195 blijkt, zijn de netto zorguitgaven in 2024 met € 2,5 miljard neerwaarts bijgesteld. Deze neerwaartse bijstelling is het saldo van de neerwaartse bijstellingen van de Zvw met € 1,6 miljard, de Wlz met € 0,1 miljard, de AP-middelen met € 0,3 miljard, de correctie van de begrotingsgefinancierde zorguitgaven en Lpo met € 0,5 miljard en de opwaartse bijstelling van de Wmo beschermd wonen met € 0,1 miljard.

Tabel 2 Ontwikkeling van de netto zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) 2024–2029 (bedragen x € 1 miljoen)¹

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
1 Netto zorguitgaven ontwerpbegroting 2024	97.752	102.528	108.721	114.902	120.553	120.553
2 Bijstellingen	- 2.512	- 101	- 426	3.147	3.820	10.495
Zorgverzekeringswet	- 1.643	- 471	281	3.299	3.534	7.711
Wet langdurige zorg	- 118	1.030	65	- 260	- 133	2.978
Wmo beschermd wonen	89	103	103	103	103	103
Aanvullende post (AP)	- 298	- 171	- 190	744	1.008	397
Correctie begrotingsgefinancierde zorguitgaven en Lpo ²	- 542	- 593	- 686	- 739	- 694	- 694
3 Netto zorguitgaven stand ontwerpbegroting 2025 (= 1 + 2)	95.240	102.427	108.296	118.049	124.372	131.048

¹ Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.

² Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen niet meer opgenomen in de paragraaf Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Als gevolg daarvan vindt er een technische correctie plaats van de begrotingsgefinancierde zorguitgaven met circa € 0,5 miljard in 2024 oplopend tot € 0,7 miljard in 2029.

Bron: VWS

- De uitsplitsing van de neerwaartse bijstelling van de Zvw van € 1,6 miljard in 2024 is opgenomen in tabel 3 op pagina 199–201 en wordt daaronder toegelicht. De grootste neerwaartse bijstelling betreft de actualisatie van de wijkverpleging. Voor de wijkverpleging is het jaar 2024 met € 1 miljard neerwaarts bijgesteld.
- De uitsplitsing van de neerwaartse bijstelling van de Wlz van € 0,1 miljard in 2024 is opgenomen in tabel 6 op pagina 215–216 en daaronder toegelicht. De grootste neerwaartse bijstelling betreft de actualisatie van de Wlz-uitgaven van € 0,2 miljard in 2024.

- De uitsplitsing van de neerwaartse bijstelling van de AP-middelen van € 0,3 miljard in 2024 is opgenomen in tabel 9 op pagina 224 en daaronder toegelicht. De grootste neerwaartse bijstelling betreft de kasschuif standaardisatie gegevensuitwisseling van € 0,2 miljard in 2024.
- De uitsplitsing van de opwaartse bijstelling van de Wmo beschermd wonen van € 0,1 miljard in 2024 is opgenomen in tabel 8 op pagina 223 en daaronder toegelicht. De € 0,1 miljard betreft de loon- en prijsindexatie van Wmo beschermd wonen.
- De neerwaartse bijstelling als gevolg van de correctie begrotingsgefinancierde zorguitgaven en Lpo van € 0,5 miljard in 2024 komt door het afschaffen van het deelplafond zorg. Hierdoor worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen niet meer opgenomen in de paragraaf Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ).

Vraag 682

Hoeveel en welke ziekenhuizen zaten vorig jaar in financiële problemen en wat is hun status dit jaar?

Antwoord:

Het antwoord van deze vraag hangt af van hoe «financiële problemen» wordt gedefinieerd: er zijn verschillende methoden waarop gekeken kan worden om de financiële gezondheid van een ziekenhuis te beoordelen. Het Ministerie van VWS doet op dit moment nog verdiepend onderzoek naar de cijfers over 2023 uit de openbare jaarverantwoordingen van zorgaanbieders. EY heeft haar resultaten uit het onderzoek naar de cijfers over 2023 recent gepubliceerd in de EY Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2024. Daarin hanteert EY een eigen ratingsmethodiek, waarvan zij aangegeven dat die inzicht geeft in de gerealiseerde financiële en operationele kwaliteit. Uit de EY Barometer blijkt dat de gemiddelde rating van ziekenhuizen in 2023 is toegenomen ten opzichte van 2022. Indien enkel wordt gekeken naar het behaalde rendement in 2023 dan zijn er vooralsnog negen ziekenhuizen die een negatief resultaat behalen. De cijfers over 2024 zijn nog niet bekend. Deze dienen voor 1 juni 2025 gedeponereerd te worden via DigiMV.

Vraag 683

Hoeveel winsten hebben de zorgverzekeraars gemaakt? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen 10 jaar?

Antwoord:

In de tabel hieronder vindt u de resultaten van zorgverzekeraars gezamenlijk vanaf 2014. Het gaat om het resultaat op de basisverzekering inclusief beleggingsopbrengsten en na inzet van het resultaat voor lagere premies in het komende jaar. De wet staat zorgverzekeraars toe winst na te streven en deze eventueel uit te keren. Desalniettemin hebben zorgverzekeraars sinds de invoering van de Zvw in 2006 nog nooit winst uitgekeerd. Positieve resultaten worden namelijk voor het overgrote deel aan de premiebetalers teruggegeven, via een lagere premie. Het overige wordt aan de reserves toegevoegd om te blijven voldoen aan de wettelijke reserve-eisen voor (zorg)verzekeraars.

Jaar	Resultaat (x € 1 miljoen)
2014	1.025
2015	375
2016	- 309
2017	- 566
2018	265
2019	290
2020	137
2021	- 395

Jaar	Resultaat (x € 1 miljoen)
2022	- 566
2023	841

Bron: jaarcijfers verzekeraars.

Bij de beantwoording in het kader van schriftelijk overleg over het contracteer- en overstapseizoen (Kamerstuk 29 689, nr. 1249) bevatte de tabel over de toevoeging van resultaat aan de reserves helaas verschillende ordegroutte fouten. Onderstaande tabel corrigeert dit:

In de tabel hieronder vindt u de resultaten uit 2023 die verzekeraars hebben toegevoegd aan hun reserves.

Concern	Toevoeging aan de reserves (x € 1 miljoen)
ASR	23
CZ	86
DSW (incl. Stad Holland)	50
Salland	0
ONVZ	8
VGZ	293
Zorg en Zekerheid	33
Zilveren Kruis	157
Menzis	191
Totaal	841

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

Vraag 684

Kunt u een overzicht geven van de verplichte en overtollige reserves van de zorgverzekeraars over de afgelopen 10 jaar?

Antwoord:

In de tabel hieronder vindt u de vereiste en aanwezige solvabiliteit van zorgverzekeraars in totaal in de jaren 2014–2023.

Jaar	Vereiste solvabiliteit (x € 1.000)	Aanwezige solvabiliteit (x € 1.000)
2014	6.128.593	9.238.222
2015	6.139.078	9.822.122
2016	6.227.553	9.680.829
2017	6.349.455	8.884.297
2018	6.304.735	9.131.416
2019	6.597.994	9.662.786
2020	6.740.541	9.949.807
2021	6.873.766	9.779.629
2022	7.374.856	10.172.284
2023	7.720.497	10.965.745

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

Vraag 685

Hoeveel ziekenhuizen hebben inmiddels hun laboratorium verkocht aan externe partijen?

Antwoord:

Het aantal ziekenhuizen dat een laboratorium heeft verkocht aan externe partijen wordt niet bijgehouden, derhalve is de gevraagde informatie niet beschikbaar.

Vraag 686

Wat zijn de verwachte gevolgen van de aanpassing van de Wet Geneesmiddelenprijzen? Hoe groot is het risico dat deze aanpassingen leiden tot tekorten op sommige medicijnen?

Antwoord:

De maximumprijzen (in het kader van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp)) van het merendeel van de geneesmiddelen zijn de afgelopen jaren «bevroren» door verzachtende maatregelen. Voor duizenden geneesmiddelen geldt daardoor dat de maximumprijzen al jaren niet meer zijn geactualiseerd en dus zijn hoog gehouden. Soms zelfs al sinds de COVID-pandemie begin 2020.

Eén van deze maatregelen was de Tijdelijke beleidsregel 2021 op basis waarvan producten met een omzet kleiner dan € 1 miljoen per jaar in Nederland de oude, hogere, maximumprijs konden behouden.

Deze verzachtende maatregel had ook nadelen. Gebleken is dat de maatregel op meer geneesmiddelen van toepassing was dan we vooraf dachten. Hierdoor bleven prijzen van veel geneesmiddelen onnodig hoog. Ook zorgde de maatregel voor een ongelijke speelveld tussen leveranciers van vergelijkbare geneesmiddelen. Hoewel de beleidsregel van tijdelijke aard was, is deze vijfmaal verlengd. De voormalig Minister van Medische Zorg heeft na bijna vier jaar van ongewijzigde maximumprijzen besloten om terug te keren naar de normale, beoogde werking van de Wgp. Daarom is de Tijdelijke beleidsregel 2021 per 1 juni 2024 komen te vervallen en vervangen door de Tijdelijke beleidsregel 2024. Bij deze beleidsregel krijgen geneesmiddelen in een productgroep met een omzet van minder dan € 1 miljoen een opslag van 15% op de maximumprijs die volgt uit de wet. De maatregel is bij de meest recente herijking van de Wgp aan 1.281 productgroepen toegekend.

Per 1 oktober 2024 zijn de maximumprijzen voor alle geneesmiddelen hierdoor voor het eerst weer gebaseerd op de actuele prijzen in de Wgp-referentielanden België, Frankrijk, Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk. Omdat de prijzen van geneesmiddelen in deze referentielanden de afgelopen jaar niet stil hebben gestaan, betekent dit dat de geleidelijke prijsdalingen van de afgelopen jaren en de impact van de wijziging van Duitsland door Noorwegen als referentieland, nu in één keer ingehaald worden. Dat betekent dat de maximumprijzen voor geneesmiddelen voornamelijk zullen dalen. Voor een grote groep van geneesmiddelen die door de Tijdelijke beleidsregel 2021 überhaupt geen maximumprijs kende wordt per 1 oktober voor het eerst een maximumprijs vastgesteld.

Wat betreft het risico op tekorten geldt dat tekorten een multifactorieel en reëel probleem zijn. Er is niet zomaar één oorzaak aan te wijzen, zoals de maximumprijzen die volgen uit de Wgp. Vaak genoeg spelen andere factoren een rol en is de maximumprijs lang niet de prijs die daadwerkelijk voor een geneesmiddel wordt betaald. Voorafgaand aan het besluit om de Tijdelijke beleidsregel 2021 niet voor een zesde maal te verlengen is het effect op de maximumprijzen van geneesmiddelen doorgerekend. Het is aan de hand daarvan niet op voorhand te bepalen of dit het risico op tekorten daadwerkelijk zal verhogen. Binnen de Wgp bestaat de mogelijkheid voor leveranciers om bij het Ministerie van VWS een verzoek tot een hogere maximumprijs in te dienen wanneer de maximumprijs te laag is om het middel rendabel op de Nederlandse markt aan te blijven bieden. De Minister van VWS verwacht dat daarmee zo goed als mogelijk wordt voorkomen dat een verlaging van de maximumprijs leidt tot daadwerkelijke beschikbaarheidsproblemen voor patiënten.

Vraag 687

In de begroting (tabel 3) wordt ten aanzien van de bijstelling van € 220 miljoen op de apothekezorg opgemerkt dat dit een gevolg is van

een trager verlopende inflatie van de prijsontwikkeling. Betreft het hier de prijsontwikkeling van alleen de geneesmiddelen? Of betreft het ook van de WMG (zorg-) tarieven voor de apotheek? En indien beiden kunt u hier een uitsplitsing in maken dan wel beter inzicht verschaffen? Betreft dit eveneens een achterlopende indexering van de loonkosten in de eerstelijns apotheekzorg?

Antwoord:

Zoals in de toelichting bij tabel 3 staat opgenomen gaat dit om de doorwerking van de inflatie in de prijsontwikkeling. Als gevolg van de veronderstelde vertraging in de doorwerking wordt er voor komend jaar rekening gehouden met een extra groei van 160 miljoen euro van het kader apotheekzorg (en in 2026 van 60 miljoen extra groei).

Er is dus extra ruimte voor hogere prijzen en hogere tarieven. Het is vervolgens aan partijen om op basis hiervan goede afspraken te maken. De overheid is geen partij aan de cao-tafel en ook niet in de contractonderhandelingen tussen apotheken en verzekeraars. De Minister van VWS gaat er van uit dat partijen onderling afspraken maken over de inzet van de ruimte die het kader biedt.

Vraag 688

Voor 2025 en 2026 wordt een bedrag van € 30 miljoen opgenomen voor de aanpak van de wachtlijsten in de ggz. Kan worden aangegeven hoe deze middelen precies worden ingezet?

Antwoord:

De investering van twee keer € 30 miljoen betreft een toevoeging aan het macrokader. Deze middelen worden dus ingezet voor het leveren van (extra) ggz-zorg, al valt dit niet uitgebreider te specificeren. De gedachte achter de extra financiële impuls is dat er extra zorg geleverd kan worden en dat dit positieve effecten heeft op de toegankelijkheid van de ggz. De Algemene Rekenkamer concludeerde in haar verantwoordingsonderzoek over het jaar 2023 dat het aannemelijk is dat deze maatregel in 2023 heeft geleid tot kortere wachttijden dan anders het geval was geweest, doordat er extra zorg is verleend (Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Rapport | Algemene Rekenkamer, p65). Deze maatregel wordt dus verlengd voor 2025 en 2026.

Vraag 689

Worden deze middelen ook besteed aan extra opleidingsplaatsen?

Antwoord:

Deze middelen worden niet besteed aan extra opleidingsplaatsen. Het financieren van opleidingsplaatsen in de ggz loopt namelijk via een premiegefinancierde beschikbaarheidsbijdrage. Bij het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen in de GGZ wordt zoveel mogelijk het advies van het Capaciteitsorgaan gevolgd.

Vraag 690

Bij wijkverpleging is er in 2024 een onderschrijding van € 1.031 miljoen en in 2025 wordt een onderschrijding van € 971 miljoen verwacht. Is die onderschrijding te verklaren doordat meer mensen thuis Wlz-zorg krijgen?

Antwoord:

In 2024 wordt een onderschrijding van € 1.031 miljoen verwacht en deze wordt structureel verondersteld. Naar de oorzaken van de onderschrijding is eerder onderzoek gedaan door onder andere Equalis in 2019 (Kamerstukken II 2019/2020, 23 235, nr. 210) en 2024 (bijlage bij Kamerstukken II 2023/2024, 31 765, nr. 852) en SiRM («Wachten op wijkverpleging», 2023¹³¹). Hieruit is gebleken dat met name het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars en de toenemende arbeidsmarktproblematiek door vergrijzing en ziekteverzuim de belangrijkste verklaringen vormen voor de

¹³¹ Onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging | SiRM

onderschrijding. In het bovengenoemde onderzoek door Equalis in 2024 wordt benoemd dat onder de gesproken stakeholders geen eenduidig beeld bestaat over de impact van de doorstroom naar de WLZ op het afwijzen van zorgvragen door de wijkverpleging.

Vraag 691

Hoe verklaart u de onderschrijding van € 1.031,5 miljoen in de wijkverpleging?

Antwoord:

Naar de oorzaken van de onderschrijding is eerder onderzoek gedaan door onder andere Equalis in 2020 (Kamerstukken II 2019/2020, 23 235, nr. 210) en 2024 (bijlage bij Kamerstukken II 2023/2024, 31 765, nr. 852) en SiRM («Wachten op wijkverpleging», 2023¹³²). Hieruit is gebleken dat met name de toenemende arbeidsmarktproblematiek door vergrijzing en ziekteverzuim de belangrijkste verklaringen vormen voor de onderschrijding. Ook het inkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft een effect gehad. Het genoemde onderzoek van Equalis (2020) geeft daarover aan dat er beter wordt gekeken naar welke zorg waar thuishoort (rechtmatigheid) en dat een verschuiving heeft plaatsgevonden van «zorgen voor» naar «zorgen dat» en dat er een kanteling plaatsvindt naar meer zelfredzaamheid.

Vraag 692

De begroting stelt dat er bij de wijkverpleging in 2024 sprake is van een onderschrijding van € 1.031,5. Deze onderschrijding wordt ook in 2025 ingezet en in latere jaren voor zover dat nodig is om knelpunten op de VWS-begroting te dekken. Waar wordt dan aan gedacht?

Antwoord:

De onderschrijding van de wijkverpleging wordt allereerst (gedurende de IZA-periode tot 2026) gesaldeerd met de overschrijdingen in de IZA-sectoren GGZ (€ 202 miljoen), en multidisciplinaire zorg (€ 7 miljoen). Daarna wordt de resterende onderschrijding in 2025 specifiek ingezet om de besparingsverliezen op Wlz-terrein (Meerjarig contracteren, doorontwikkeling kwaliteitskader, behandeling Wlz, in totaal € 615 miljoen) te dekken. Ook wordt het besparingsverlies eigen risico (€ 200 miljoen) voor 2025 gedekt. Structureel wordt de onderschrijding vanaf 2025 gebruikt om een aantal tegenvallers op te vangen, waaronder het kostprijsonderzoek in de Wlz voor de gehandicaptenzorg (€ 168 miljoen) en de actualisatie van de Zvw niet-IZA sectoren (€ 49 miljoen), Wlz (€ 165 miljoen) en Wlz uitgaven buiten het Wlz kader (€ 13,5 miljoen). Als laatste grote post wordt het besparingsverlies op de maatregel Wet geneesmiddelen prijzen structureel gedekt voor € 58 miljoen.

Vraag 693

Waarom wordt de miljard euro onderbesteding op de wijkverpleging niet gewoon uitgegeven aan wijkverpleging, in plaats van dat deze wordt wegbezuinigd?

Antwoord:

Er is geen sprake van een bezuiniging. De onderschrijding in de wijkverpleging wordt daarnaast ingezet om knelpunten in de zorg op te lossen. De onderschrijding wijkverpleging doet zich al enkele jaren voor. Hoewel de uitgaven sinds 2022 van jaar op jaar groeien, blijft de onderschrijding ten opzichte van het beschikbare kader toenemen. Uit eerdere onderzoeken onder andere Equalis in 2020 (Kamerstukken II 2019/2020, 23 235, nr. 210) en 2024 (bijlage bij Kamerstukken II 2023/2024, 31 765, nr. 852) en SiRM («Wachten op wijkverpleging», 2023) is gebleken dat met name de toenemende arbeidsmarktproblematiek door vergrijzing en ziekteverzuim de belangrijkste verklaringen vormen voor de onderschrijding. Ook het

¹³² Onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging | SiRM

inkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft een effect gehad. Het genoemde onderzoek van Equalis (2020) geeft daarover aan dat er beter wordt gekeken naar welke zorg waar thuishoort (rechtmatigheid) en dat een verschuiving heeft plaatsgevonden van «zorgen voor» naar «zorgen dat» en dat er een kanteling plaatsvindt naar meer zelfredzaamheid. Met name de arbeidsmarktproblematiek zorgt ervoor dat enkel het beschikbaar stellen en houden van budget niet de oplossing is. Voor alle duidelijkheid: er is geen sprake van wegbezuinigen, maar van het op een realistisch niveau brengen van het kader. Ook na het afboeken van een deel van de onderschrijding wijkverpleging blijven er voldoende middelen beschikbaar: zo is er aankomend jaren (naast reguliere loon- en prijsbijstelling) oplopend naar 3,5% groeiruumte beschikbaar en is er structureel € 60 miljoen beschikbaar voor opleiden in de wijkverpleging. Overigens zou het alsnog (volledig) uitgeven van de genoemde onderschrijding een fors opwaarts effect hebben op de nominale premie. De zorgverzekeraars houden in hun huidige premiestelling immers rekening met het huidige, realistische uitgavenniveau in de wijkverpleging.

Vraag 694

Waar gaat de € 971,5 miljoen die wordt bezuinigd op de wijkverpleging precies heen?

Antwoord:

Er is geen sprake van een bezuiniging in de wijkverpleging, dit betreft een actualisatie van de uitgavenraming op basis van uitvoeringsinformatie van het Zorginstituut. Het verwerken van de onderschrijding wijkverpleging leidt er niet toe dat er geld terugvloeit, conform de begrotingsregel voor Zvw-meevallers. De onderschrijding van de wijkverpleging wordt allereerst (gedurende de IZA-periode tot 2026) gesaldeerd met de overschrijdingen in de IZA-sectoren GGZ (€ 202 miljoen) en multidisciplinaire zorg (€ 7 miljoen). Daarna wordt de resterende onderschrijding in 2025 specifiek ingezet om de besparingsverliezen op Wlz-terrein (Meerjarig contracteren, doorontwikkeling kwaliteitskader, behandeling Wlz, in totaal € 615 miljoen) te dekken. Ook wordt het besparingsverlies eigen risico (€ 200 miljoen) voor 2025 gedekt. Structureel wordt de onderschrijding vanaf 2025 gebruikt om een aantal tegenvallers op te vangen, waaronder het kostprijsonderzoek in de Wlz voor de gehandicaptenzorg (€ 168 miljoen) en de actualisatie van de Zvw niet-IZA sectoren (€ 49 miljoen), Wlz (€ 165 miljoen) en Wlz uitgaven buiten het Wlz kader (€ 13,5 miljoen). Als laatste grote post wordt het besparingsverlies op de maatregel Wet geneesmiddelen prijzen structureel gedekt voor € 58 miljoen.

Vraag 695

Gaat alles volgens u zo perfect bij de wijkverpleging dat er makkelijk een miljard kan worden weggehaald bij het budget?

Antwoord:

Er is geen sprake van een bezuiniging, maar van een aanpassing van het kader wijkverpleging op de daadwerkelijke realisatie. De verlaging van het kader is gebruikt om diverse knelpunten in de VWS-uitgaven op te lossen. De onderschrijding is overigens al jaren zichtbaar. Dat deze onderschrijding mede veroorzaakt wordt door knelpunten in de arbeidsmarkt (vergrijzing, ziekteverzuim) is uiteraard geen goede zaak, vandaar dat vanuit het kabinet erop wordt ingezet om deze problematiek aan te pakken. Ook na het afboeken van een deel van de onderschrijding wijkverpleging blijven er voldoende middelen beschikbaar: zo is er aankomend jaren (naast reguliere loon- en prijsbijstelling) oplopend naar 3,5% groeiruumte beschikbaar en is er structureel € 60 miljoen beschikbaar voor opleiden in de wijkverpleging.

Vraag 696

Kunt u verduidelijken hoe deze posten zijn opgebouwd en wat de verwachte effecten zijn op de begroting van de zorguitgaven? Op welke manier is rekening gehouden met de fluctuaties in de loonkosten en prijsontwikkelingen in de zorg?

Antwoord:

De actualisaties in tabel 3a (p.202) baseert het Ministerie van VWS op actuele kwartaalcijfers van het Zorginstituut en de NZa (beschikbaarheidsbijdragen). Elk kwartaal sturen de zorgverzekeraars hun actuele ramingen van het lopende jaar naar het Zorginstituut. Verzekeraars rapporteren de gedeclareerde lasten en ramen op basis van de ontvangen declaraties en inkoopafspraken hoeveel zorg naar verwachting nog gedeclareerd zal worden. Hierbij houden zij rekening met bijvoorbeeld pakketwijzigingen, autonome trends, technische ontwikkelingen en sectorspecifieke loon- en prijsontwikkelingen in het lopende jaar. Omdat veel van deze ontwikkelingen een blijvende impact op de zorgkosten hebben, wordt de actualisatie, na aftrek van eventuele incidentele kostenontwikkelingen, in de ontwerpbegroting structureel verwerkt.

Aanvullend worden in deze begroting toekomstige fluctuaties in loon- en prijsontwikkelingen verwerkt door het overnemen van de middellange termijn raming van het CPB (MLT).

In de verdiepingsbijlage Zvw van de ontwerpbegroting 2025 zijn de actualisaties per sector gespecificeerd (Overzicht Datasets | Ministerie van Financiën - Rijksoverheid (rijksfinancien.nl)).

Vraag 697

Er wordt verwezen naar de posten voor loon- en prijsbijstelling en de verwerking van de Middellange-termijnverkenning (MLT) 2025–2028. De toelichting op deze posten blijft echter vaag, zelfs met de verdere uitleg enkele pagina's verder. Graag een verduidelijking hoe deze posten zijn opgebouwd en wat de verwachte effecten zijn op de begroting van de zorguitgaven? Op welke manier is rekening gehouden met de fluctuaties in de loonkosten en prijsontwikkelingen in de zorg?

Antwoord:

In de Middellange Termijn (MLT) van het CPB staan de meest recente cijfers voor de ontwikkeling van de lonen, de prijzen en de volumegroei voor de periode 2025–2028. Voor aanpassing van de zorguitgaven sluit VWS aan bij deze inschattingen van het CPB. De cijfers in de ontwerpbegroting 2025 zijn gebaseerd op de meest recente CPB-raming; de Macro-Economische Verkenning (MEV). Deze cijfers zijn verwerkt in de VWS-begroting. Deze bijstellingen kunnen opwaarts of neerwaarts zijn, afhankelijk van de CPB-cijfers. De VWS-begroting toont een gemengd beeld van opwaartse en neerwaartse bijstellingen door de MLT-verwerking (zie tabel 3 pagina 199–200 voor de Zvw-mutaties, zie tabel 6 pagina 215 voor de Wlz-mutaties). Op basis van de MLT zijn de totale uitgaven aan Zvw en Wlz voor 2025 tot en met 2028 bijgesteld, net als de eigen bijdragen voor de Zvw en Wlz (eigen risico en eigen bijdrage Wlz).

Nieuwe CPB-ramingen kunnen een aangepast beeld geven van de verwachte loon- en prijsontwikkelingen, en daarom berekent het Ministerie van VWS bij elke nieuwe raming een nieuwe verwachte loon- en prijsbijstelling. Op basis van de meest recente inzichten worden de verwachte fluctuaties van loon- en prijzen vertaald naar de zorguitgaven en uiteindelijk ook de zorgpremies. Jaarlijks vindt in de begroting voor aankomend jaar de definitieve bijstelling van de zorguitgaven op basis van de inschatting over de ontwikkeling van lonen en prijzen plaats. Voor een uitgebreid overzicht van de systematiek wordt u verwezen naar: www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/08/13/tabellen-en-

Vraag 698

Hoe voorkomt de Minister dat aanpassing van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) leidt tot vershraling van de Nederlandse medicijnmarkt en grotere risico's op tekorten?

Antwoord:

Door middel van de Wet Geneesmiddelenprijzen (Wgp) worden maximumprijzen gesteld voor geneesmiddelen, waarbij ook aandacht is voor de beschikbaarheid voor patiënten. In 2019 is met een wetwijziging Duitsland als prijsreferentieland vervangen door Noorwegen. Deze wijziging had tot doel de betaalbaarheid van met name spécialités beter te waarborgen. Gedurende de wetwijziging was er ook aandacht voor beschikbaarheid, maar vooral in die zin dat het risico verminderd moest worden dat nieuwe geneesmiddelen later (of niet) in Nederland op de markt zouden worden gebracht. Risico's voor de beschikbaarheid van goedkopere, generieke, geneesmiddelen hadden op dat moment bij partijen, uw Kamer en het Ministerie van VWS minder de aandacht. Dit is in de afgelopen jaren met de toenemende beschikbaarheidsproblemen veranderd.

De voormalig Minister van Medische Zorg heeft besloten om tijdelijke beleidsregel 2021 niet opnieuw te verlengen en terug te keren naar een normale werking van de Wgp. Om het risico op beschikbaarheidsproblemen te verkleinen is daarbij een nieuwe tijdelijke beleidsregel in werking getreden voor mogelijk kwetsbare geneesmiddelen. De nieuwe Tijdelijke beleidsregel 2024 wijkt op twee belangrijke punten af van de tijdelijke beleidsregel uit 2021. Allereerst is de omzetgrens om in aanmerking te komen aangescherpt, zodat in het algemeen minder geneesmiddelen in aanmerking komen voor de maatregel. Daarnaast worden maximumprijzen niet langer meer bevroren. In plaats daarvan krijgen geneesmiddelen die in aanmerking komen een opslag van 15% op de berekende maximumprijs. Deze nieuwe maatregel is daarmee preciezer en sluit aan op de reguliere werking van de Wgp. Deze 15% opslag is bij de meest recente herijking van de Wgp aan 1.281 productgroepen toegekend.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid voor leveranciers om bij het Ministerie van VWS een verzoek tot een hogere maximumprijs in te dienen wanneer de maximumprijs te laag is om het middel rendabel op de Nederlandse markt aan te blijven bieden. Leveranciers zijn hiervan op de hoogte en maken er ook gebruik van. De Minister van VWS verwacht dat daarmee zo goed als mogelijk wordt voorkomen dat een verlaging van de maximumprijs leidt tot daadwerkelijke beschikbaarheidsproblemen voor patiënten.

Vraag 699

Hoe voorkomt de Minister dat patiënten vaker geconfronteerd worden met medicijntekorten en extra kosten om dat ze moeten uitwijken naar medicijnen met een eigen bijdrage?

Antwoord:

Het is zeker niet de bedoeling dat patiënten bij een tekort moeten bijbetalen voor een niet-preferent geneesmiddel. Daarom passen zorgverzekeraars bij (dreigende) tekorten het preferentiebeleid al aan. Zij halen het middel uit preferentie of wijzen al dan niet tijdelijk een ander product aan.

Vraag 700

Welke bedrag is nu gekoppeld aan de geplande bezuiniging die is gekoppeld aan de aanpassing Wet Geneesmiddelenprijzen? Kunt u dit

uitsplitsen per jaar? Via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

Vanaf 1 oktober 2024 wordt de Tijdelijke beleidsregel 2021 niet langer toegepast op de maximumprijzen van geneesmiddelen, maar is de Tijdelijke beleidsregel 2024 van toepassing.

De verwachte structurele besparing als gevolg hiervan, die bij de eerste suppletoire begroting 2024 is verwerkt, bedroeg € 165,5 miljoen per jaar. Dat ging om € 85,5 miljoen op het financieel kader Apotheekzorg en om € 80 miljoen op het financieel kader Medisch Specialistische Zorg.

Op basis van nadere inzichten over het effect op het financieel kader Medisch Specialistische Zorg is dit bedrag voor dat financiële kader naar beneden bijgesteld naar € 21,6 miljoen. Daarmee komt de verwachte totale structurele besparing als gevolg van vervanging van de Tijdelijke beleidsregel op € 107,1 miljoen per jaar, waarvan dus € 85,5 miljoen op het financieel kader Apotheekzorg en € 21,6 miljoen op het financieel kader Medisch Specialistische Zorg.

Omdat de maatregel pas per 1 oktober 2024 in werking treedt, bedraagt de besparing in 2024 slechts een kwart hiervan, namelijk € 21,4 miljoen voor het financieel kader Apotheekzorg en € 5,4 miljoen voor het financieel kader Medische Specialistische Zorg. Het gaat om geldstromen als gevolg van de Zorgverzekeringswet.

Vraag 701

Tijdelijke beleidsregel geneesmiddelenprijzen wordt aangepast. Op basis van nadere inzichten wordt dit bedrag naar beneden bijgesteld. Welke maatregelen worden bedoeld? Worden meer concreet de cruciale geneesmiddelen voor een hogere prijs ingekocht zodat zij beter beschikbaar zijn? Hoeveel extra geld is nodig om de meest cruciale medicijnen meer beschikbaar te houden? Op welke manier wordt nog meer het geneesmiddelentekort aangepakt?

Antwoord:

Vanaf 1 oktober 2024 wordt de Tijdelijke beleidsregel 2021 niet langer toegepast op de maximumprijzen van geneesmiddelen, maar is de Tijdelijke beleidsregel 2024 van toepassing. De verwachte structurele besparing die bij de eerste suppletoire begroting 2024 is verwerkt, bedroeg € 165,5 miljoen per jaar. Dat ging om € 85,5 miljoen op het financieel kader Apotheekzorg en om € 80 miljoen op het financieel kader Medisch Specialistische Zorg. Op basis van nadere inzichten over het effect op het financieel kader Medisch Specialistische Zorg is dit bedrag voor dat financiële kader naar beneden bijgesteld naar € 21,6 miljoen. De bijstelling wordt als volgt toegelicht.

De Wgp heeft door het stellen van maximumprijzen een directe invloed op de openbare lijstprijzen van geneesmiddelen. De prijzen van geneesmiddelen mogen namelijk niet hoger zijn dan het gestelde maximum. Maar deze openbare lijstprijzen worden in de praktijk niet altijd betaald. Veldpartijen maken vaak onderling prijsafspraken die onder het gestelde maximum liggen. De hoogte van deze prijsafspraken is geen openbare informatie. De berekening van de besparing van het Ministerie van VWS op basis van de openbare lijstprijzen is gecorrigeerd voor de geheime daadwerkelijke prijzen. Voor het financieel kader Medisch Specialistische Zorg bleek de correctie te laag te zijn. Uit overleg met de inkoopende partijen uit de medisch specialistische zorg is naar voren gekomen dat voor meer geneesmiddelen prijsafspraken zijn gemaakt dan in eerste instantie gedacht. Omdat deze afspraken in het algemeen worden

gemaakt voor geneesmiddelen met hoge uitgaven heeft dit geleid tot een behoorlijke bijstelling van de besparing.

Met betrekking tot de vragen over cruciale geneesmiddelen geldt dat de Tijdelijke beleidsregel 2024 zich niet richt op een bepaalde klasse geneesmiddelen, maar op productgroepen met een beperkte omzet in Nederland. Dat zijn in dit geval geneesmiddelen met dezelfde werkzame bestanddelen, van dezelfde of nagenoeg dezelfde sterkte en in dezelfde farmaceutische vorm met een totale omzet van minder dan € 1 miljoen per jaar. Deze middelen krijgen een opslag van 15% op de berekende maximumprijs. De maatregel is bij de meest recente herijking van de Wgp aan 1.281 productgroepen toegekend. Daarmee wordt meer financiële ruimte geboden aan inkoopende partijen voor deze geneesmiddelen. Het is op dit moment niet mogelijk om een financiële doorrekening te maken wat het kost om zogenoemde cruciale geneesmiddelen meer beschikbaar te houden voor Nederlandse patiënten. Dat vraagt allereerst om een duidelijke definitie van cruciale geneesmiddelen. Daar komt bij dat de oorzaken van tekorten aan geneesmiddelen multifactorieel zijn en er dus verschillende maatregelen van verschillende orde genomen kunnen worden om de risico's op beschikbaarheidsproblemen te verminderen. De aanpak voor geneesmiddelentekorten loopt langs drie paden. Allereerst richt de Minister van VWS zich op het tijdig signaleren van en handelen op ontstane tekorten door intensivering van het Meldpunt Geneesmiddelentekorten- en Defecten en samenwerking met leveranciers om tijdige en juiste meldingen te krijgen. Daarnaast komt er een focus op de beschikbaarheid van geneesmiddelen die het meest kritiek zijn voor de zorg. Het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) werkt samen met zorgverleners aan een nationaal overzicht van de voor de Nederlandse patiënt kritieke geneesmiddelen. Aan de hand van deze lijst met kritieke middelen zal de Minister van VWS een afweging maken welke maatregelen voor welke geneesmiddelen het meest effectief zijn om geneesmiddelentekorten in de toekomst te voorkomen. De uitvoering van deze maatregelen hangt echter af van de beschikbare financiële middelen. Tevens wil de Minister van VWS dat de Nederlandse markt gezonder wordt, zodat fabrikanten van geneesmiddelen genoeg omzet halen om op de markt blijven. Daarvoor verkent de Minister van VWS bijvoorbeeld verschillende opties om het preferentiebeleid te verbeteren. Voor de volledige inzet op de beschikbaarheid van medische producten wordt u verwezen naar de Kamerbrieven die de voorgangers van de Minister van VWS onlangs naar de Kamer hebben gestuurd.¹³³

Vraag 702

Er wordt een extrapolatiepost van € 3,566 miljard opgenomen vanaf 2029. Graag nadere toelichting over hoe deze extrapolatie tot stand is gekomen en welke specifieke beleidsterreinen of ontwikkelingen hierin zijn meegenomen? Welke risico's ziet de Minister bij deze extrapolatie, met name gezien de onzekerheden op de lange termijn in de zorguitgaven?

Antwoord:

De extrapolatiepost van € 3,566 miljard heeft betrekking op de Zvw. Om de stand van het jaar 2029 te berekenen zijn de begrotingstanden 2028 geëxtrapoleerd naar 2029. Bij deze extrapolatie wordt rekening gehouden met de technische bijstellingen van 2029 met betrekking tot volumegroei, raming loon- en prijsbijstellingen en doorwerking van eerdere beleidsmaatregelen. De risico's bij de extrapolatie zijn minimaal, omdat van de loon- en prijsontwikkeling en de volumegroei in de komende jaren geactualiseerd worden op basis van de nieuwe macro economische inzichten van het CPB.

¹³³ Kamerstuk 29 477, nr. 806; Kamerstuk 29 477, nr. 845; Kamerstuk 29 477, nr. 865; Kamerstuk 29 477, nr. 889

Tabel extrapolatie 2029 Zvw (bedragen x 1 miljoen)

	2029
Loon- en prijsbijstellingen	2.670
Volumegroei	1.072
Maatregelen Rutte IV	- 177
Totaal	3.566

Toelichting Loon- en prijsbijstellingen en Volumegroei

De loon- en prijsbijstellingen worden periodiek op basis van het Centraal Economisch Plan (CEP) en de Macro-Economische Verkenningen (MEV) geactualiseerd. Voor de begrotingsjaren waarin het CPB nog geen cijfer heeft in de CEP of de MEV worden de loon- en prijspercentages van het laatst beschikbare jaar van het CPB doorgetrokken. Deze loon- en prijsbijstellingen worden overschreven met nieuwe CEP- en MEV-cijfers, wanneer deze beschikbaar komen.

De volumegroei wordt aan het begin van een kabinetsperiode vastgesteld op basis van de Middellange Termijnverkenning (MLT). Voor het begrotingsjaar 2029, waar het CPB nog geen cijfer over heeft, wordt bij de extrapolatie de procentuele groei van 2027 op 2028 doorgetrokken naar 2029. Deze volumegroei wordt overschreven met nieuwe CPB-cijfers bij de aanvang van een nieuw kabinet.

Toelichting Maatregelen Rutte IV

Dit bedrag betreft de oploop van de maatregelen Rutte IV.

Extrapolatie 2029 (bedragen x € 1 miljoen)

Passende zorg	- 46
Standaardisatie gegevensuitwisseling	- 113
Doelmatigheid inkoop geneesmiddelen	- 10
Valpreventie Zvw	- 8
Totaal	- 177

Vraag 703

Welke bedrag is nu gekoppeld aan de geplande bezuiniging die is gekoppeld aan de maatregel «Pakketuitname Codeïne»? Kunt u dit uitsplitsen per jaar? Via welke financieringsstroom wordt deze bezuiniging precies uitgevoerd?

Antwoord:

Met deze maatregel is een besparing gemoeid van 13 miljoen euro structureel vanaf 2025. Het betreft een korting op het Apotheekzorgkader en betreft zowel de materiaalkosten als de terhandstellingskosten van de apotheker.

Voor de goede orde: deze maatregel betreft geen volledige pakketuitname van codeïne, maar een aanpassing van de vergoedingsvoorwaarden waardoor codeïne vanaf 2025 conform advies van het Zorginstituut alleen nog wordt vergoed voor de indicatie chronische diarree omdat het alleen voor deze indicatie bewezen effectief is.

Vraag 704

Waarop is de raming van de beoogde besparingen bij tranchering op € 50 gebaseerd aangezien er bij eerdere kabinetsplannen voor tranchering van het eigen risico de geraamde besparing van € 200 miljoen in twijfel werd getrokken, o.a. andere vanwege hoge administratieve lasten en te hoge verwachtingen van het remgeldeffect?

Antwoord:

Het financieringseffect is conform de eerdere berekening (voor een tranchering op € 150) gebaseerd op de methodiek die het CPB en VWS ook hebben gehanteerd bij Zorgkeuzes in Kaart. Er is berekend hoeveel minder eigen risico er betaald wordt als in de medisch-specialistische zorg een vast bedrag per prestatie gaat gelden. Voor de inschatting van het remgeldeffect is aangesloten bij analyses van het CPB ten behoeve van het hoofdlijnenakkoord. Het microsimulatiemodel van het CPB is gebaseerd op individuele gegevens van alle verzekerden in de Zvw over een periode van 6 jaar en wordt door het CPB gebruikt voor het kwantificeren van de budgettaire effecten van allerlei mogelijke wijzigingen in het eigen risico in de Zvw. Dit model is wetenschappelijk getoetst en geverifieerd en de uitkomsten zijn in lijn met de literatuur.

Vraag 705

Waar is de veronderstelling op gebaseerd dat er met een lager eigen risico minder rem op de zorgvraag ontstaat en er dus hogere zorguitgaven zouden zijn? Voor welke specifieke soorten zorg wordt een toenemende zorgvraag verwacht?

Antwoord:

Voor de inschatting van de verwachte toename van het zorggebruik door het verlagen van het eigen risico wordt gebruikt gemaakt van cijfers van het CPB. Het CPB heeft voor het traject Zorgkeuzes in Kaart een model ontwikkeld waarmee een verandering in het zorggebruik kan worden ingeschat. Dit model is een microsimulatiemodel gebaseerd op individuele gegevens en zorggebruik van alle verzekerden in de Zvw over een periode van 6 jaar. Op basis van deze historische gegevens is onderzocht hoe verzekerden in het verleden hebben gereageerd op het eigen risico. Vervolgens wordt met een simulatiemodel geschat hoe mensen naar verwachting reageren op een nieuwe verandering in de eigen betalingen. Dit model is wetenschappelijk getoetst en geverifieerd. CPB heeft ook een achtergronddocument gepubliceerd met een beschrijving van het model (<https://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020#docid-160264>).

Het model van het CPB analyseert de totale zorguitgaven van verzekerden bij een verandering in het eigen risico. Daarbij wordt geen expliciete opdeling gemaakt van deze totale uitgaven naar de verschillende soorten zorg.

Vraag 706

Wordt de indicatiestelling voor chronisch zieken thuis ook aangepast?

Antwoord:

Nee. Het beëindigen van het systeem van herindicatie is alleen gericht op ouderen in een verpleeghuis zoals opgenomen in het Regeerprogramma van dit kabinet.

Vraag 707

Kunt u de doelstelling voor het versneld opschalen van digitale zorg in de wijkverpleging nader toelichten? Hoe gaat u dit aanpakken?

Antwoord:

Het versneld opschalen van hybride en digitale zorg draagt bij aan het afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort en het toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar houden van de zorg. Het gebruik van digitale hulpmiddelen kan zorgverleners in de wijkverpleging ondersteunen in hun werk, waardoor zij meer ruimte overhouden voor bijvoorbeeld persoonlijke aandacht voor patiënten/cliënten of voor complexe handelingen. In het IZA en het programma WOZO zijn afspraken gemaakt over het verlenen van passende hybride zorg, digitaal als het kan en fysiek als het moet.

VWS werkt samen met IZA-partners, veldpartijen en innovatoren in de zorg om de (versnelde) opschaling van digitale en hybride zorg in alle

sectoren, en dus ook in de wijkverpleging te realiseren. Enkele voorbeelden van trajecten waar VWS een extra stimulans geeft zijn de subsidieregelingen STOZ (Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteunen en Zorg), en landelijke ondersteuning via Zorg voor innoveren, de Vliegwielfcoalitie, Digizo.nu en initiatieven gericht op digitale vaardigheden, samen beslissen en het verkrijgen van bewijslast voor landelijke opschaling en transformatie van digitale en hybride zorg.

Vraag 708

Kan de Minister aangeven welke specifieke veranderingen zijn doorgevoerd in de actualisatie van de uitgaven onder de Zorgverzekeringswet en hoe deze aansluiten op de trends en ontwikkelingen in de zorguitgaven?

Antwoord:

In de VWS-begroting zijn de meest recente actualisatiecijfers van het Zorginstituut en de NZa (beschikbaarheidsbijdragen) verwerkt. Het proces van verwerken van de actualisatiecijfers is niet veranderd. Elk kwartaal sturen de zorgverzekeraars hun actuele ramingen naar het Zorginstituut. Verzekeraars rapporteren de gedeclareerde lasten en ramen op basis van de ontvangen declaraties en inkoopafspraken hoeveel zorg naar verwachting nog gedeclareerd zal worden. Hierbij houden zij rekening met bijvoorbeeld de samenstelling van hun verzekerdenbestand (bijv. leeftijdsopbouw), pakketwijzigingen, trends en technische ontwikkelingen in de zorg. Het Zorginstituut telt alle ramingen op en stuurt de landelijke totalen door naar het Ministerie van VWS. De landelijke totalen van het Zorginstituut tezamen met actuele NZa beschikbaarheidsbijdragen worden in de VWS-begroting verwerkt. Bijstellingen kunnen neerwaarts of opwaarts zijn. Tabel 3A op pagina 202 in de VWS-begroting toont dat er per saldo sprake is van een neerwaartse bijstelling van de totale Zvw-uitgaven. Dit is een optelsom van opwaartse en neerwaartse bijstellingen bij de onderliggende sectoren.

Vraag 710

Welke specifieke veranderingen zijn er doorgevoerd in de uitgaven onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), in de actualisatie? Hoe sluiten deze aan op de trends en ontwikkelingen in de zorguitgaven?

Antwoord:

In de VWS-begroting zijn de meest recente actualisatiecijfers van het Zorginstituut en de NZa (beschikbaarheidsbijdragen) verwerkt. Het proces van verwerken van de actualisatiecijfers is niet veranderd. Elk kwartaal sturen de zorgverzekeraars hun actuele ramingen naar het Zorginstituut. Verzekeraars rapporteren de gedeclareerde lasten en ramen op basis van de ontvangen declaraties en inkoopafspraken hoeveel zorg naar verwachting nog gedeclareerd zal worden. Hierbij houden zij rekening met bijvoorbeeld de samenstelling van hun verzekerdenbestand (bijv. leeftijdsopbouw), pakketwijzigingen, trends en technische ontwikkelingen in de zorg. Het Zorginstituut telt alle ramingen op en stuurt de landelijke totalen door naar het Ministerie van VWS. De landelijke totalen van het Zorginstituut tezamen met actuele NZa beschikbaarheidsbijdragen worden in de VWS-begroting verwerkt. Bijstellingen kunnen neerwaarts of opwaarts zijn. Tabel 3A op pagina 202 in de VWS-begroting toont dat er per saldo sprake is van een neerwaartse bijstelling van de totale Zvw-uitgaven. Dit is een optelsom van opwaartse en neerwaartse bijstellingen bij de onderliggende sectoren.

Vraag 711

In 2025 en 2026 wordt € 30 miljoen vrijgemaakt voor het voortzetten van de Aanpak Wachtlijsten GGZ. Welke concrete plannen zijn er tot dusverre om de wachtlijsten op korte termijn terug te dringen?

Antwoord:

De wachttijden in de ggz zijn een groot maatschappelijk vraagstuk, waar we de komende periode forse stappen op willen zetten. Zo maken we nu al werk van het versterken van de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisarts en de ggz vanuit mentale gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken. Ook verbeteren we het (regionaal) inzicht in wachttijden en de inkoop van voldoende (zeer) complexe psychische zorg vanuit het traject cruciale ggz. Bovenop deze maatregelen zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie & Sport de komende periode aanvullende afspraken met het veld maken in het kader van het Zorg en Welzijnsakkoord. Dit vraagt om keuzes hoe we de bestaande capaciteit daar inzetten waar ze de meeste impact hebben.

Om dit te bereiken zal worden naar andere vormen van financiering en inkoop, de contractering en het voorkomen van zorg door het sociaal domein een stevige positie te bieden. Zo willen we de komende jaren de wachttijden in de ggz terugdringen en zorgen dat de mensen die dat het hardste nodig hebben tijdig aan de juiste zorg en ondersteuning komen. Voor 2025 en 2026 is jaarlijks 30 miljoen euro toegevoegd aan het macrokader ggz om de wachtlijsten terug te dringen. De Staatssecretaris JPS informeert u in Q1 over de werkagenda mentale gezondheid & ggz en de aanpak van de wachttijden.

Vraag 712

De GGZ uitgaven binnen het Integraal Zorgakkoord zijn € 200 miljoen hoger dan afgesproken, kunt u uiteenzetten waar die € 200 miljoen extra uitgaven aan zijn besteedt?

Antwoord:

Het macrokader ggz laat al een aantal jaren een overschrijding zien, wat betekent dat de totale uitgaven aan ggz-zorg hoger uit zijn gevallen dan verwacht. Op basis van de realisaties van afgelopen jaren is de raming voor uitgaven aan het geheel aan ggz-zorg voor de jaren 2025 en 2026 verhoogd met € 202 miljoen. Hoewel er geen eenduidig oorzaak van de overschrijding bekend is, zien we wel dat de ggz kampt met diverse problematiek, zoals lange wachttijden en toenemende vraag en complexiteit van de zorg.

Vraag 713

Kunt u in een overzicht uiteenzetten waar de € 30 miljoen voor de aanpak van de wachtlijsten in de GGZ in 2023 en 2024 concreet aan is uitgegeven? Kunt u een overzicht geven waar het in 2025 concreet aan zal worden uitgegeven? Wordt dit geld geormerkt of aan het kader toegevoegd? Is € 30 miljoen genoeg om de wachtlijsten aan te pakken? Zo ja, waar is deze schatting op gebaseerd?

Antwoord:

De financiële impuls van € 30 miljoen in 2023 en 2024 betrof een toevoeging aan het macrokader ggz en was dus niet geormerkt. De gedachte achter de extra financiële impuls is dat er extra zorg geleverd kan worden en dat dit positieve effecten heeft op de toegankelijkheid van de ggz. De Algemene Rekenkamer concludeerde in haar verantwoordingsonderzoek over het jaar 2023 dat het aannemelijk is dat deze maatregel in 2023 heeft geleid tot kortere wachttijden dan anders het geval was geweest, doordat er extra zorg is verleend (Resultaten verantwoordingsonderzoek 2023 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Rapport | Algemene Rekenkamer, p65). Ook in 2025 en 2026 wordt er daarom jaarlijks 30 miljoen euro toegevoegd aan het macrokader om de wachtlijsten terug te kunnen dringen.

Met alleen een financiële impuls kunnen we de wachttijden in de ggz niet de baas worden. De wachttijden zijn immers niet alleen een kwestie van schaarste aan middelen, maar nog meer van schaarste aan personeel en een toenemende zorgvraag. Daarom gaat onze inzet verder dan enkel een

financiële impuls. Het terugdringen van de wachttijden is het expliciete doel van de IZA-afspraken die er met de ggz-sector zijn gemaakt over onder meer de inrichting van mentale gezondheidscentra en het verkennende gesprek, verbeterd inzicht in regionale wachtlijsten en de inrichting van zogenaamde cruciale zorgnetwerken die ervoor moeten zorgen dat juist (zeer) complexe psychische zorg voldoende wordt ingekocht. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie & Sport gaat de komende tijd daarnaast met de sector in overleg over wat voor aanvullende maatregelen denkbaar zijn om de wachttijden in de ggz terug te dringen.

Vraag 714

Klopt het dat het bedrag voor de aanpak van wachtlijsten in de GGZ voor 2027, 2028 en 2029 nul is? Waar is dat bedrag op gebaseerd? Is er een inschatting dat de wachtlijsten vanaf 2027 weg zijn? Zo ja, waar is dat op gebaseerd?

Antwoord:

De toevoeging van twee keer € 30 miljoen aan het macrokader in 2025 en 2026 betreft een financiële impuls om de wachttijden in de ggz aan te pakken. De aanpak van de wachttijden in de ggz is een bredere, meerjarige inspanning die verder gaat dan deze financiële impuls. Zo is één van de doelen uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) dat de wachttijden in de ggz aan het einde van de looptijd van het IZA (december 2026) flink gedaald moeten zijn (Integraal Zorgakkoord, p. 71). Om dit doel te bereiken zijn in het IZA afspraken vastgelegd ten aanzien van het voorkomen van instroom in de ggz o.a. door samenwerking met huisartsen en het sociaal domein, het vergroten van behandelcapaciteit, het verbeteren van het (regionaal) inzicht in wachttijden en de inkoop van voldoende (zeer) complexe psychische zorg (cruciale ggz). De Staatssecretaris Jeugd, Preventie & Sport gaat de komende tijd daarnaast met de sector in overleg over wat voor aanvullende maatregelen denkbaar zijn om de wachttijden in de ggz terug te dringen.

Vraag 715

Welke sectoren en/of specialismen hebben de grootste wachtlijsten, in welke sectoren groeien de wachtlijsten en in welke sectoren nemen ze af? Kan een overzicht van de afgelopen 10 jaar worden gegeven?

Antwoord:

Op basis van informatie van de NZa zijn vooral gegevens over wachttijden beschikbaar en niet over wachtlijsten.

Medisch specialistische zorg

De NZa houdt sinds 2019 een wachttijdenregistratie bij. Voor de medisch specialistische zorg beschikt de NZa over cijfers op 3 gebieden, namelijk de wachttijd poliklinisch consult MSZ, de wachttijd voor diagnostiek MSZ en de wachttijd tot een behandeling MSZ. Voor de medisch specialistische zorg kan alleen de trend worden gegeven vanaf 2021 omdat de cijfers van vóór 2021 volgens de NZa onvergelijkbaar zijn (door verandering van de bron en methode).

Op basis van cijfers op de Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staat-venz.nl) blijkt dat in 2023 47,5% van de wachttijden tot een poliklinisch consult MSZ langer was dan de treeknorm¹³⁴ (4 weken). In 2022 was dit 44,5% en in 2021 41,1%. De 4 specialismen met de langste wachttijd waren in 2023 transgenderzorg (43 weken), maag-darm-lever-zorg (13,6 weken), oogheelkunde (12,5 weken) en urologie (10 weken).

¹³⁴ De Treeknormen zijn afspraken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over aanvaardbare wachttijden in de zorg.

Voor de wachttijden van diagnostiek in de MSZ geldt dat in 2023 27,7% van de wachttijden langer was dan de treeknorm (4 weken). In 2022 was dit 26% en in 2021 25,6%. Voor de wachttijden van behandeling in de MSZ geldt dat in 2023 46% van de wachttijden langer was dan de treeknorm (voor poliklinische behandeling 6 weken en voor klinische behandeling 7 weken). In 2022 was dit 46,2% en in 2021 42,9%. Verdiepende cijfers over de wachttijden voor poliklinisch consult, diagnostiek en behandeling per specialismen/sector vergt nadere analyse van de NZa.

Geestelijke gezondheidszorg

Ggz-aanbieders zijn vanaf 2018 verplicht om wachttijdinformatie aan te leveren aan de Nederlandse Zorgautoriteit. Zie hieronder een overzicht van de door NZa gepubliceerde wachttijd cijfers van 2019 tot en met nu.

	Nov 2018	Mei 2019	Sep 2019	Apr 2020	Nov 2020	Mei 2021	Dec 2021	Mei 2022 ¹	Dec 2022	Mei 2023	Dec 2023
Gemiddelde wachttijd	13 weken	13 weken	13 weken	13 weken	15 weken	15 weken	15 weken	17 weken	19 weken	22 weken	19 weken
Aantal wachtplekken ²						77.380	84.187	80.505	87.114	91.762	97.450

¹ Doordat er per 1 januari 2022 over werd gegaan op een nieuw diagnose-classificatiesysteem in de ggz, zijn de cijfers vanaf 2022 niet geheel vergelijkbaar met cijfers uit eerdere jaren.

² Het aantal wachtplekken wordt pas vanaf de aanpassing van de Transparantieregeling in 2021 door de NZa in beeld gebracht

Het is goed om op te merken dat de wachttijd cijfers nooit op zichzelf staan. Zo gaat de toename in het aantal wachtplekken van de afgelopen periode gepaard met een toegenomen aantal verwijzingen naar de ggz (zie Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 – februari 2024 – Nederlandse Zorgautoriteit, overheid.nl). De NZa komt begin 2025 met nieuwe wachttijd cijfers.

Vraag 716

Waaruit bestaat de inzet van de zorgverzekeraars om de wachtlijsten terug te dringen?

Antwoord:

Zorgverzekeraars kopen zorg in voor verzekerden met een naturapolis (en vergoeden de zorg binnen een restitutiepolis). De zorg die geleverd wordt moet binnen de Treeknormen geleverd worden. Dit is opgenomen in de NZa beleidsregel *toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw*¹³⁵. In het document «*De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars*»¹³⁶ staat wat de NZa van zorgverzekeraars verwacht, in het bijzonder wanneer er sprake is van wachttijden. De inkoop van zorg is de inzet die zorgverzekeraars moeten plegen voor hun natura verzekerden.

Desondanks is in een aantal sectoren de wachtlijst te lang. In diverse sectoren zijn er acties geweest om de wachtlijsten terug te dringen. Het terugdringen van de wachttijden in de ggz is één van de doelen uit het Integraal Zorgakkoord (IZA), waar zorgverzekeraars onderdeel van zijn. Om dit doel te bereiken zijn in het IZA afspraken vastgelegd ten aanzien van het voorkomen van instroom in de ggz door onder andere samenwerking met huisartsen en het sociaal domein, het vergroten van behandelcapaciteit en het verbeteren van het (regionaal) inzicht in wachttijden. Specifiek voor het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz voor mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn ook afspraken gemaakt. In elke regio wordt de komende maanden op basis

¹³⁵ wetten.nl - Regeling - Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw - BWBR0040215 (overheid.nl)

¹³⁶ De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

van de zorgvraag in kaart gebracht wat de cruciale zorgnetwerken zijn. Deze cruciale zorgnetwerken worden vanaf 2026 waar nodig gelijkgericht ingekocht door verzekeraars, zodat dit zorgaanbod voldoende beschikbaar is voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Met onder andere Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse ggz is ook afgesproken dat er tot die tijd geen cruciaal aanbod verdwijnt om financiële redenen. Zorgverzekeraars kunnen via hun inkoopbeleid sturen op het aanbod van zorg voor de meest complexe patiënten. Een voorbeeld daarvan is het nieuwe beloningsbeleid van Menzis voor vrijgevestigde psychiaters (Nieuw beloningsbeleid vrijgevestigd psychiaters in 2025 (menzis.nl)) dat regelt dat psychiaters meer betaald krijgen wanneer ze patiënten behandelen met een zware zorgvraagtypering en minder betaald krijgen wanneer ze patiënten behandelen met een lichte zorgvraagtypering. Het type zorg dat wordt vergoed door Menzis, verschilt echter niet. Het gaat hierbij alleen om de afgesproken tarieven. Menzis hoopt zo de wachtlijsten terug te dringen voor de meest complexe ggz-behandelingen.

Binnen de medisch specialistische zorg is met name tijdens de corona crisis een achterstand opgelopen. Over de wachttijden is recent uw Kamer nog geïnformeerd.¹³⁷ In deze brief kwam naar voren dat in de medisch specialistische zorg de wachttijden voor een behandeling in sommige regio's licht dalen, maar dit verschilt per regio. Via bestuurlijke afspraken is ingezet op het verbeteren van de toegankelijkheid van de (planbare) medisch specialistische zorg en het terugdringen van wachtlijsten. Daarnaast wordt ingezet op het verbeteren van informatie over wachttijden.

Vraag 717

Welke concrete plannen zijn er om de wachtlijsten in de GGZ op korte termijn terug te dringen

Antwoord:

De wachttijden in de ggz zijn een groot maatschappelijk vraagstuk, waar we de komende periode forse stappen op willen zetten. Zo maken we nu al werk van het versterken van de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisarts en de ggz vanuit mentale gezondheidsnetwerken en verkennende gesprekken. Ook verbeteren we het (regionaal) inzicht in wachttijden en de inkoop van voldoende (zeer) complexe psychische zorg vanuit het traject cruciale ggz. Bovenop deze maatregelen zal de Staatssecretaris Jeugd, Preventie & Sport de komende periode aanvullende afspraken met het veld maken in het kader van het Zorg en Welzijnsakkoord. Dit vraagt om keuzes hoe we de bestaande capaciteit daar inzetten waar ze de meeste impact hebben.

Om dit te bereiken zal worden naar andere vormen van financiering en inkoop, de contractering en het voorkomen van zorg door het sociaal domein een stevige positie te bieden. Zo willen we de komende jaren de wachttijden in de ggz terugdringen en zorgen dat de mensen die dat het hardste nodig hebben tijdig aan de juiste zorg en ondersteuning komen. Voor 2025 en 2026 is jaarlijks 30 miljoen euro toegevoegd aan het macrokader ggz om de wachtlijsten terug te dringen. De Staatssecretaris JPS informeert u in Q1 over de werkagenda mentale gezondheid & ggz en de aanpak van de wachttijden.

Vraag 718

Kunt in een cijfermatig overzicht uiteenzetten wat de ontwikkelingen zijn in de GGZ wachtlijsten sinds het afsluiten van het Integraal Zorgakkoord tot heden?

Antwoord:

¹³⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2023–2024, 29 248, nr. 341

Zie hieronder een cijfermatig overzicht van het aantal wachtplekken en de gemiddelde wachttijd van december 2022 tot en met december 2023, gebaseerd op de publicaties van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Informatiekaart Wachttijden en aantal wachtplekken ggz 2023 - februari 2024 - Nederlandse Zorgautoriteit, overheid.nl).

	December 2022	Mei 2023	December 2023
Aantal wachtplekken	87.114	91.762	97.450
Gemiddelde wachttijd ¹	19 weken	22 weken	19 weken

¹ Aanmeld- & behandelwachttijd, over alle hoofddiagnosegroepen en regio's heen.

Met bovenstaande cijfers kan (nog) geen conclusie getrokken worden over het effect van de IZA-afspraken rondom de wachttijden in de ggz. De IZA-afspraken over onder meer mentale gezondheidscentra, het verkennend gesprek, laagdrempelige steunpunten en verbeterd inzicht in regionale wachttijden krijgen nu pas vorm in de regio's. Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat schommelingen in de wachttijd cijfers nooit op zichzelf staan. Zo steeg het aantal verwijzingen van de huisarts naar de ggz in de afgelopen periode ook – dit wordt door de NZa genoemd als mogelijke verklaring voor het gestegen aantal wachtplekken. De NZa komt begin 2025 met nieuwe wachttijd cijfers.

Vraag 719

Hoe vaak is de NZa in actie gekomen om zorgverzekeraars aan hun zorgplicht te houden?

Antwoord:

Het toezicht van de NZa op de zorgplicht is een continue activiteit. Zo voert de NZa zeer regelmatig gesprekken met zorgverzekeraars. Dit zijn informele gesprekken, en daar is geen overzicht van. Wel zijn bijvoorbeeld voor de geestelijke gezondheidszorg de uitkomsten van onderzoeken in drie samenvattende rapportages gepubliceerd. Met vier zorgverzekeraars is destijds een intensiever toezicht traject ingegaan¹³⁸.

In formele zin is de NZa twee keer in actie gekomen. De NZa heeft in maart 2024 een onderzoek naar de proactiviteit van zorgverzekeraars in de sectoren medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg afgerond en daar een formele maatregel opgelegd richting twee zorgverzekeraars¹³⁹.

Vraag 720

In tabel 6 staat een bedrag van € -209,1 miljoen voor de actualisatie Wlz-uitgaven. Kan dit nader geduid worden? Hoe verhoudt dit zich tot het voorspelde tekort uit de NZa brief (juli)?

Antwoord:

Het bedrag van € -209,1 miljoen is de meevaller die per saldo is opgetreden op de Wlz-uitgaven sinds de ontwerp-begroting 2024 (uit september 2023). Deze meevaller is in hoofdlijnen als volgt opgebouwd:

- Bij de Voorjaarsnota 2024 is op grond van de februaribrief van de NZa rekening gehouden met een meevaller van € 310 miljoen.
- Uit de julibrief van de NZa bleek dat de inzichten uit de februaribrief te optimistisch waren. Op basis van twee scenario's van de NZa bedroeg het gemiddeld verwachte tekort € 201 miljoen. Zoals toegelicht in de

¹³⁸ Voor rapportage over 2022 zie: 01-03-2023+rapportbrief+Toezicht+op+regionale+aanpak+wachttijden+ggz (1).pdf

¹³⁹ NZa treedt op tegen zorgverzekeraars voor niet nakomen zorgplicht | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit

definitieve kaderbrief Wlz 2025¹⁴⁰ heeft de Staatssecretaris LMZ op grond van de julibrief het beschikbare Wlz-kader voor 2024 met € 201 miljoen verhoogd, zodat het dreigende tekort is opgelost.

Hiervan is € 76 miljoen gedekt uit gereserveerde herverdeelmiddelen en is € 125 miljoen vrijgemaakt binnen de begrotingsbesluitvorming. De actualisering op grond van de julibrief leidt ertoe dat de oorspronkelijke meevaller van € 310 miljoen met € 125 miljoen afnam tot een meevaller € 185 miljoen. Het bedrag van € 209,1 miljoen in de begroting bestaat naast deze meevaller van € 185 miljoen op het Wlz-kader voor de zorginkoop uit meevaller van per saldo meevaller van 24,1 miljoen op overige Wlz-uitgaven.

Vraag 721

Wat is de stand van zaken rondom de structurele bezuiniging op het Wlz-kader van € 77 miljoen die bij de voorjaarsnota 2024 werd aangekondigd onder de noemer «Actualisatie Wlz-uitgaven»? Staat deze nog steeds ingepland of is deze inmiddels vervallen? Hoe verhoudt deze bezuiniging zich tot de ingeboekte intensiveringen van structureel € 101,5 miljoen in het kader van de maatregel «Actualisatie Wlz-uitgaven» en structureel € 167,5 miljoen in het kader van de maatregel «Kostprijsonderzoek Wlz»?

Antwoord:

Er was geen sprake van een structurele bezuiniging op het Wlz-kader. Aan het begin van 2024 was er € 310 miljoen aan herverdelingsmiddelen gereserveerd. Zoals toegelicht in de definitieve kaderbrief Wlz 2024¹⁴¹ betrof dit een reservering vanwege de onzekerheid over de benodigde groei-ruimte en de regionale verdeling ervan. Daarbij is aangegeven dat de Minister pas op basis van inzichten van de NZa over de toereikendheid van het Wlz-kader een besluit zou nemen over de daadwerkelijke inzet van deze herverdelingsmiddelen. In de februaribrief van de NZa was er geen sprake van een tekort op het Wlz-kader, waardoor het ook niet nodig was om dit bedrag in 2024 in te zetten. Bij de besluitvorming over de Voorjaarsnota heeft het vorige kabinet daarom besloten om de € 310 miljoen herverdelingsmiddelen in 2024 te gebruiken als dekking voor financiële opgaven. Daarbij is rekening gehouden dat deze meevaller voor € 233 miljoen een incidenteel karakter had en derhalve bij Voorjaarsnota voor € 77 miljoen structureel kon worden ingezet. Bij de financiële besluitvorming over de begroting heeft het kabinet de julibrief van de NZa betrokken. Zoals toegelicht in de definitieve kaderbrief Wlz 2025 heeft de Staatssecretaris LMZ op grond van de julibrief van de NZa het Wlz-kader met een bedrag van € 201 miljoen structureel verhoogd. Dit is de belangrijkste reden dat de geraamde meevaller van € 77 miljoen is omgeslagen naar een tegenvaller van structureel € 101,5 miljoen¹⁴².

De extra middelen in verband met het kostprijsonderzoek Wlz ad € 167,5 miljoen structureel staan hier los van. Deze middelen zijn vanaf 2025 beschikbaar gesteld om ervoor te zorgen dat zorgkantoren de zorg tegen reële prijzen kunnen inkopen bij hun zorgaanbieders.

Vraag 722

Waarom wordt er in 2024 € 209,1 miljoen gekort op het Wlz-kader via de post «Actualisatie Wlz uitgaven»? Hoe verhoudt deze korting zich tot de

¹⁴⁰ Brief van VWS aan Tweede Kamer, d.d. 26 september 2024 met kenmerk 3969258-1071274-LZ.

¹⁴¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2023–2024, 34 104, nr. 395.

¹⁴² Ten opzichte van de Voorjaarsnota is dit dus een tegenvaller van € 178,5 miljoen. Deze is het saldo van de genoemde tegenvaller op het Wlz-kader van € 201 miljoen en een meevaller van € 22,5 miljoen op andere posten binnen de Wlz.

eerdere korting van € 310 miljoen en de juli-brief van de NZa, waarin juist een tekort van tussen de € 54 en € 346 miljoen werd voorspeld?

Antwoord:

Er is geen sprake van een korting op het Wlz-kader, maar van een meevallende uitgavenontwikkeling op grond van uitvoeringsinformatie van de NZa. Het bedrag van € -209,1 miljoen zorgt er (samen met de overige mutaties in tabel 6) voor dat de begroting per saldo toereikend is om het tekort uit de julibrief van de NZa op te lossen.

De meevaller valt met een bedrag van € 209,1 miljoen lager uit dan het bedrag van € 310 miljoen dat op grond van de februaribrief in de Voorjaarsnota was opgenomen.

Zoals toegelicht in de definitieve kaderbrief Wlz 2025 heeft de Staatssecretaris LMZ op grond van de julibrief van de NZa het Wlz-kader in 2024 met € 201 miljoen verhoogd. Hiervan is € 76 miljoen gedekt uit gereserveerde herverdeelmiddelen en is € 125 miljoen vrijgemaakt binnen de begrotingsbesluitvorming. Dit is daarmee ook de belangrijkste reden dat de oorspronkelijke meevaller van € 310 miljoen per saldo is afgenomen tot € 209,1 miljoen¹⁴³.

Vraag 723

Waarom is het amendement van het lid Dobbe niet structureel in de cijfers verwerkt? Wat is uw reactie op de kritiek uit het veld op deze onderbouwing?

Antwoord:

Het klopt dat het Lid Dobbe in de toelichting op haar amendement aangaf dat zij het Wlz-kader niet alleen voor het jaar 2024 maar ook meerjarig vanaf 2025 wilde verhogen. Echter strekt een amendement zich uit tot de begrotingswet en daarom is het betreffende amendement alleen voor het begrotingsjaar 2024 verwerkt bij de Voorjaarsnota. Het huidige kabinet heeft in het hoofdlijnenakkoord aangegeven het basispad van de begroting over te nemen. Het amendement wordt dus niet structureel doorgevoerd.

Het kabinet vindt het belangrijk dat zorgkantoren voldoende zorg in kunnen kopen voor mensen die daar op grond van de Wlz recht op hebben. De inzichten uit de julibrief van de NZa stelden het kabinet voor een financiële opgave. Het dreigende tekort op het Wlz-kader voor 2024 is opgelost in de augustusbesluitvorming. Zoals toegelicht in de hiervoor genoemde definitieve kaderbrief Wlz 2025 is het Wlz-kader voor 2024 met € 201 miljoen verhoogd. Deze verhoging werkt structureel door naar 2025 en latere jaren.

Vraag 724

De netto zorguitgaven zijn in 2024 neerwaarts bijgesteld met € 2,5 miljard. Welke kosten zijn er dit jaar minder uitgegeven?

Antwoord:

Zoals uit de onderstaande tabel 2 vanuit de ontwerpbegroting 2025 ((TK, 36 600 XVI, nr. 2) op pagina 195 blijkt, zijn de netto zorguitgaven in 2024 met € 2,5 miljard neerwaarts bijgesteld. Deze neerwaartse bijstelling is het saldo van de neerwaartse bijstellingen van de Zvw met € 1,6 miljard, de Wlz met € 0,1 miljard, de AP-middelen met € 0,3 miljard, de correctie van de begrotingsgefinancierde zorguitgaven en Lpo met € 0,5 miljard en de opwaartse bijstelling van de Wmo beschermd wonen met € 0,1 miljard.

¹⁴³ Ten opzichte van de Voorjaarsnota is dit dus een tegenvaller van € 100,9 miljoen. Deze is het saldo van de genoemde extra middelen ad € 125 miljoen voor het Wlz-kader en een meevaller van € 24,1 miljoen op andere posten binnen de Wlz.

Tabel 2 Ontwikkeling van de netto zorguitgaven (Zvw, Wlz, Wmo beschermd wonen en AP-middelen) 2024–2029 (bedragen x € 1 miljoen)¹

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
1 Netto zorguitgaven ontwerpbegroting 2024	97.752	102.528	108.721	114.902	120.553	120.553
2 Bijstellingen	- 2.512	- 101	- 426	3.147	3.820	10.495
Zorgverzekeringswet	- 1.643	- 471	281	3.299	3.534	7.711
Wet langdurige zorg	- 118	1.030	65	- 260	- 133	2.978
Wmo beschermd wonen	89	103	103	103	103	103
Aanvullende post (AP)	- 298	- 171	- 190	744	1.008	397
Correctie begrotingsgefinancierde zorguitgaven en lpo ²	- 542	- 593	- 686	- 739	- 694	- 694
3 Netto zorguitgaven stand ontwerpbegroting 2025 (= 1 + 2)	95.240	102.427	108.296	118.049	124.372	131.048

¹ Door afronding kan de som der delen afwijken van het totaal.

² Vanwege het afschaffen van de deelplafonds worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen niet meer opgenomen in de paragraaf Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ). Als gevolg daarvan vindt er een technische correctie plaats van de begrotingsgefinancierde zorguitgaven met circa € 0,5 miljard in 2024 oplopend tot € 0,7 miljard in 2029.

Bron: VWS

- De uitsplitsing van de neerwaartse bijstelling van de Zvw van € 1,6 miljard in 2024 is opgenomen in tabel 3 op pagina 199–201 en wordt daaronder toegelicht. De grootste neerwaartse bijstelling betreft de actualisatie van de wijkverpleging. Voor de wijkverpleging is het jaar 2024 met € 1 miljard neerwaarts bijgesteld.
- De uitsplitsing van de neerwaartse bijstelling van de Wlz van € 0,1 miljard in 2024 is opgenomen in tabel 6 op pagina 215–216 en daaronder toegelicht. De grootste neerwaartse bijstelling betreft de actualisatie van de Wlz-uitgaven van € 0,2 miljard in 2024.
- De uitsplitsing van de neerwaartse bijstelling van de AP-middelen van € 0,3 miljard in 2024 is opgenomen in tabel 9 op pagina 224 en daaronder toegelicht. De grootste neerwaartse bijstelling betreft de kasschuif standaardisatie gegevensuitwisseling van € 0,2 miljard in 2024.
- De uitsplitsing van de opwaartse bijstelling van de Wmo beschermd wonen van € 0,1 miljard in 2024 is opgenomen in tabel 8 op pagina 223 en daaronder toegelicht. De € 0,1 miljard betreft de loon- en prijsindexatie van Wmo beschermd wonen.
- De neerwaartse bijstelling als gevolg van de correctie begrotingsgefinancierde zorguitgaven en Lpo van € 0,5 miljard in 2024 komt door het afschaffen van het deelplafond zorg. Hierdoor worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven van de VWS-begroting en de gereserveerde loon- en prijsbijstellingen niet meer opgenomen in de paragraaf Premiegefinancierde zorguitgaven (PZ).

Vraag 725

Welk budget wordt er beschikbaar gesteld voor de deelsector ADL?

Antwoord:

Het subsidieplafond voor de deelsector ADL bedraagt in 2024

€ 133,3 miljoen. Het ADL-subsidieplafond voor 2025 wordt later in 2024 vastgesteld.

Vraag 726

Wat kost het opnemen van brillen (zonder medische indicatie) voor jongeren tot 18 jaar in het basispakket?

Antwoord:

De Minister van VWS gaat er in de beantwoording van deze vraag vanuit dat het gaat om vergoeding van brillen voor jongeren tot 18 jaar bij alle indicaties. Brillen zonder medische indicatie, bijvoorbeeld ongeslepen (zonne-)brillen, komen namelijk nooit in aanmerking voor vergoeding

vanuit de Zorgverzekeringswet. De Minister onderschrijft het belang dat alle jongeren die een bril nodig hebben daar toegang toe hebben. Verzekerden tot 18 jaar hebben op dit moment bij bepaalde medische indicaties recht op brillenglazen. Zoals haar voorganger tijdens het commissiedebat van 19 juni 2024 heeft aangegeven is het helaas erg ingewikkeld gebleken om de juiste cijfers te vinden voor een berekening van de kosten bij opname van alle indicaties. Dit komt omdat die cijfers simpelweg nergens geregistreerd zijn. Het gaat dan ook om een grove schatting.

De schatting van de kosten voor opname van brillen tot 18 jaar voor alle indicaties in het basispakket is ergens tussen de € 55 miljoen en de € 182 miljoen structureel. Dit is zónder montuur, en ervan uitgaande dat jongeren ieder jaar een nieuwe bril nodig hebben. Ook is dit zonder eigen bijdrage, die op dit moment wel gevraagd wordt voor de brillenglazen die nu in het basispakket zitten.

Vraag 727

Hoeveel van de zorg uit het basispakket wordt verhoudingsgewijs betaald uit premies en hoeveel uit het Zorgverzekeringsfonds? Om welke bedragen gaat het in 2025?

Antwoord:

In de Zvw is vastgelegd dat de financiering van de totale Zvw voor 50% bestaat uit inkomsten van de inkomensafhankelijke bijdrage en voor 50% uit de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage voor 18-gezamenlijk. Tabel 12 op pagina 237 van de ontwerpbegroting 2025 geeft een overzicht van de financieringsbronnen zoals geraamd voor 2025.

Het Zorgverzekeringsfonds is geen financiering voor de Zvw. In het Zorgverzekeringsfonds komen de inkomensafhankelijke bijdrage en de rijksbijdrage voor 18- binnen. Uit het Zorgverzekeringsfonds worden onder andere de rechtstreekse zorguitgaven betaald (voornamelijk beschikbaarheidsbijdragen voor zorg en grensoverschrijdende zorg) en wordt een bijdrage betaald aan verzekeraars voor het betalen van de zorguitgaven (de vereveningsbijdrage).

Tabel 13 op pagina 239 van de ontwerpbegroting 2025 laat zien hoe de Zvw-uitgaven van verzekeraars in 2025 naar verwachting worden gefinancierd.

Verzekeraars ontvangen € 33,5 miljard als bijdrage vanuit het fonds, de verwachte opbrengst uit de nominale premie bedraagt € 27,3 miljard en de verwachte opbrengst uit het eigen risico € 3,4 miljard. Daarmee bedraagt de vereveningsbijdrage ongeveer 52% van het totaal aan Zvw-inkomsten van verzekeraars en de nominale premie en het eigen risico ongeveer 48%.

Vraag 728

Als de maandelijkse premie van de zorgverzekering stijgt, zoals volgend jaar het geval is, worden de kosten dan evenredig verdeeld over de premies en het Zorgverzekeringsfonds?

Antwoord:

In de Zvw is vastgelegd dat de financiering van de Zvw voor 50% bestaat uit inkomsten van de inkomensafhankelijke bijdrage en voor 50% uit de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage voor 18-gezamenlijk. Wanneer de zorguitgaven toenemen, wordt die toename van de benodigde financiering van deze zorguitgaven in dezelfde verhouding gefinancierd.

Voor 2025 is reeds een eerste nominale premie bekend gemaakt, die is gestegen. Daartegenover staat ook dat de verwachte opbrengsten uit de inkomensafhankelijke bijdrage stijgen in 2025. Doordat de inkomensaf-

hankelijke bijdrage toeneemt stijgt ook de bijdrage voor zorguitgaven van het Zorgverzekeringsfonds aan verzekeraars.

Vraag 729

Valt de specifieke uitkering voor de regeling heroïnebehandeling ook onder de maatregel uit het hoofdlijnenakkoord om alle specifieke uitkeringen over te hevelen naar de algemene uitkering? Kan deze regeling doorgezet worden voor deze 16 gemeenten vanuit de algemene uitkering? Wat zou het afschaffen van deze specifieke uitkering in de praktijk betekenen?

Antwoord:

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering. Dit geldt ook voor de specifieke uitkering heroïnebehandeling.

Vraag 730

Waar in VWS-begroting is het terugdraaien intensivering zorgarbeidsmarktbeleid van € 130 miljoen nader toegelicht?

Antwoord:

Alle maatregelen uit het Regeerprogramma zijn reeds budgettair verwerkt en toegelicht in de bijlage van de Miljoenennota. Voor 2025 zijn de maatregelen ook te vinden in de begroting van VWS. Aangezien de terugdraaiing van de intensivering ingaat per 2026, zal deze volgend jaar worden toegelicht in de begroting van VWS en staat het nu niet toegelicht in de begroting.

Vraag 731

Klopt het dat de Regeling specifieke uitkering randvoorwaardelijke functies jeugdhulp vanaf 2027 wordt wegbezuinigd? Klopt het dat er vanaf 2027 geen geld meer heen gaat en de bedragen zelfs in de min komen? Wat betekent die min? Wordt van deze Regeling specifieke uitkering de expertise-netwerken jeugdhulp, de academisch centrum kinder- en jeugdpsychiatrie (ACKJP) en de plaatsingscoördinatie gesloten jeugdhulp betaald? Wat betekent het stopzetten van de subsidie voor deze activiteiten?

Antwoord:

De regeling specifieke uitkering randvoorwaardelijke functies jeugdhulp biedt VWS de juridische basis om rechtmatig middelen uit te kunnen keren aan de betreffende coördinerende gemeenten. Vanuit deze regeling worden de bovenregionale expertisenetwerken, de kennisinfrastructuur van de academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie en de plaatsingscoördinatie van de gesloten jeugdhulp bekostigd. Er is abusievelijk in bijlage 2 van de begroting vermeld dat deze bedragen in de min komen. Er is in 2024 en 2025 € 30 mln. beschikbaar en vanaf 2026 structureel € 27 mln. Er is structureel overleg tussen VNG, het Ministerie van VWS en de betreffende coördinerende gemeenten over hoe de structureel beschikbare middelen effectief en doelmatig ingezet kunnen worden. Voor de plaatsingscoördinatie gesloten jeugdhulp geldt dat op 19 juni 2024 is afgesproken tussen VNG, het Rijk en Jeugdzorg Nederland dat de plaatsingscoördinatie geëvalueerd zal gaan worden. Het is echter onzeker of deze middelen vanaf 2026 via het instrument Specifieke Uitkering (SPUK) beschikbaar worden gesteld. In het regeerprogramma is namelijk aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten

van SPUKs in fondsuitkeringen vanaf 2026. Het voortzetten van bestaande SPUKs of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere SPUK wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten SPUKs. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een SPUK in een fondsuitkering. Dit geldt ook voor de SPUKs op het terrein van jeugdhulp. De budgetkorting van 10% is reeds verwerkt in de beleidsbudgetten.»

Vraag 732

Valt de specifieke uitkering om sport te stimuleren ook onder de maatregel uit het hoofdlijnenakkoord om over te hevelen naar de algemene uitkering? Wat betekent dat in de praktijk voor het sportbudget van gemeenten?

Antwoord:

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering. Dit geldt dus ook voor de specifieke uitkering stimulering sport.

Vraag 733

Gezien het feit dat Regeling specifieke uitkering sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis 2023–2026 verdwijnt, betekent dit dat de volgende regelingen vanaf 2026 ophouden te bestaan: Lokaal Sportakkoord, Brede Regeling Combinatiefuncties, Terugdringen Gezondheidsachterstanden, Kansrijke Start, Aanpak overgewicht en obesitas, Valpreventie, Leefomgeving, OKO & Vroegsignalering alcoholproblematiek, Versterken sociale basis, Mantelzorg, Eén tegen eenzaamheid, Welzijn op recept, Versterking kennis- en adviesfunctie GGD en Coördinatiekosten regionale aanpak en preventie? Zo nee, hoeveel budget blijft er per regeling beschikbaar vanaf 2026?

Antwoord:

Voor een aantal onderwerpen zijn middelen uitgekeerd aan alle gemeenten via de brede specifieke uitkering per 2023. Voor sommige programma's zijn echter geen structurele middelen voorzien. In 2026 is de korting niet op de afzonderlijke regelingen geboekt, maar op de Brede-SPUK. Het budget van de Brede-SPUK is met 21 miljoen verlaagd. Voor een nadere uitwerking geldt het volgende: in het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst van om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de consequenties van de omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering.

De budgetkorting van 10% is reeds verwerkt in de beleidsbudgetten. Er is hierdoor structureel 164 miljoen beschikbaar voor de diverse regelingen. Hierbij geldt echter dat deze budgetten nog kunnen wijzigen, als gevolg van de nadere uitwerking van deze taakstelling, ten opzichte van de weergegeven budgetten in de begroting.

Vraag 734

Valt de specifieke uitkering PrEP/aanvullende seksuele gezondheidszorg ook onder de maatregel uit het hoofdlijnenakkoord om over te hevelen naar de algemene uitkering? Welke zorg valt hier precies onder, wat betekent de maatregel in de praktijk en valt op die manier de huidige werkwijze nog voort te zetten?

Antwoord:

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering.

Dit geldt dus ook voor de specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling). Onder de ASG-regeling vallen aanvullende soa-zorg, PrEP-zorg en seksualiteitshulpverlening, uitgevoerd door de GGD. Daarnaast voeren de GGD'en activiteiten uit die gelieerd zijn aan deze zorg, zoals de het bijdragen aan de landelijke surveillance op het gebied van soa-bestrijding, outreach-activiteiten en preventie-consulten. Omdat er op dit moment nog geen keuze is gemaakt over een eventuele overheveling, zijn de gevolgen nog niet aan te geven. De budgetkorting van 10% is reeds verwerkt in de beleidsbudgetten.

De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zal begin 2025 de Kamer informeren over welke stappen hij gaat zetten om te komen tot een verbetering van het stelsel van de aanvullende seksuele gezondheidszorg, waarin ook de besluitvorming en consequenties over het eventueel definitief omzetten van de ASG-regeling wordt meegenomen.

Gezien het feit dat GGD's met het huidige ASG-budget maar een klein deel van de afspraakverzoeken kan inwilligen. Wat is het verwachte inwilligingspercentage van afspraakverzoeken, als deze gelijk blijft, als de ombuiging vanaf 2026 wordt ingevoerd?

Antwoord:

In het regeerprogramma is aangegeven dat het kabinet werkt aan het omzetten van specifieke uitkeringen in fondsuitkeringen. Het voortzetten van bestaande specifieke uitkeringen of het toekennen van nieuwe specifieke uitkeringen, is slechts mogelijk op basis van een kabinetsbesluit. Het kabinet werkt aan een afwegingskader dat voor iedere specifieke uitkering wordt doorlopen om te komen tot besluitvorming over de definitieve lijst om te zetten specifieke uitkeringen. Hierbij wordt onder andere gekeken naar wat de consequenties zijn van omzetting van een specifieke uitkering in een fondsuitkering.

Dit geldt dus ook voor de specifieke uitkering aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG-regeling). Omdat er op dit moment nog geen keuze is gemaakt over een eventuele overheveling, zijn de gevolgen nog niet aan te geven. Ook waar dit raakt aan het percentage personen uit de hoog-risicogroepen, die de GGD benaderen voor soa-zorg maar waarvoor momenteel geen plek is. De Staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport zal begin 2025 de Kamer informeren over welke stappen hij gaat zetten om te komen tot een verbetering van het stelsel van de aanvullende seksuele gezondheidszorg, waarin ook de besluitvorming en consequenties over het eventueel definitief omzetten van de ASG-regeling wordt meegenomen. De budgetkorting van 10% is reeds verwerkt in de beleidsbudgetten.

Vraag 736

Hoe borgt de Minister dat de inbreng van patiënten bij de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid en -standaarden goed geborgd en gefinancierd blijft?

Antwoord:

Zorgprofessionals zijn primair verantwoordelijk voor de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid en -standaarden. In dat proces hebben patiënten en cliënten een belangrijke rol. In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is bepaald dat kwaliteitsstandaarden tripartiete, dat wil zeggen door organisaties van cliënten, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars of uitvoerders van de Wet langdurige zorg, worden aangeboden bij het Zorginstituut voor opname in het openbare Register van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Via de Kwaliteitsgelden van ZonMw financieren de Minister en Staatssecretarissen de ontwikkeling van richtlijnen en standaarden. Daarnaast kunnen patiënten- en gehandicaptenorganisaties (pg-organisaties) voor hun activiteiten, bijvoorbeeld op het gebied van belangenbehartiging en het raadplegen van hun achterban, een aanvraag indienen op grond van de subsidieregeling voor patiënten- en gehandicaptenorganisaties 2024–2028. Ook op die manier kunnen zij hun kennis en expertise bij kwaliteitstrajecten inbrengen. In het integraal zorgakkoord (IZA) is structureel € 25 miljoen per jaar extra beschikbaar gesteld voor het versterken van de patiëntenbeweging, waarmee het totaal uitkomt op € 50 miljoen per jaar. Daarvan is € 30,5 miljoen jaarlijks beschikbaar voor de subsidieregeling voor pg-organisaties.

Vraag 737

Waarop wordt gebaseerd dat een versnelling van de opschaling van digitale zorg in de Wet langdurige zorg in 2027 een netto besparing zal opleveren van € 45 miljoen wat kan oplopen tot € 142 miljoen in 2029?

Antwoord:

Dit bedrag is gebaseerd op het rapport van onderzoeksbureau SIRM «Geschat potentieel digitalisering» (oktober 2023) en de berekeningen zoals gepresenteerd in het rapport van de Technische werkgroep Macrobeheersing zorguitgaven (december 2023).

Vraag 738

Zijn er genoeg middelen vrijgemaakt om het amendement Bushoff c.s. betreffende post-COVID-klinieken uit te voeren? Hoe is de verdeling in de financiering tussen 2025 en 2026 gemaakt?

Antwoord:

Voor de middelen uit het amendement Bushoff c.s. (Kamerstukken II 2023/2024 36 410 XVI, nr. 37) geldt dat € 12 miljoen beschikbaar komt in 2025 en € 15 miljoen in 2026. Hiermee wordt de verdeling over de jaren heen zoals in het amendement is beschreven gevolgd, maar dan een jaar later.

Hoeveel de totale zorg aan post-COVID patiënten gaat kosten is op voorhand lastig in te schatten. Overigens geldt dat zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt vergoed. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht om Zvw-verzekerde zorg te vergoeden.

Vraag 739

Bestaat de kans dat ziekenhuizen uit hun eigen middelen aan post-COVID-klinieken moeten bijdragen of zijn er voldoende middelen vrijgemaakt om dit te voorkomen?

Antwoord:

Om tijdelijk extra ruimte te bieden voor de totstandkoming van de post-COVID expertisecentra en de bekostiging van zorg voor post-COVID patiënten, zijn de amendementsmiddelen van het amendement Bushoff c.s. (Kamerstukken 2023/2024 36 410 XVI, nr. 42) overgeheveld naar het kader «overige curatieve zorg». Dit is het kader waar de uitgaven van de

beleidsregel innovatie, wat de beoogde bekostigingswijze is voor de totstandkoming van deze centra, onder vallen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen maken daarbij onderling afspraken over de vergoeding van gemaakte kosten. Overigens geldt dat de zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt vergoed. Zorgverzekeraars hebben vervolgens een zorgplicht om Zvw-verzekerde zorg te vergoeden.

Vraag 740

Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang van de motie Dobbe en de motie Slagt-Tichelman over een kabinetsbrede aanpak voor het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en het behalen van preventiedoelen?

Antwoord:

Uw Kamer wordt hierover dit najaar geïnformeerd via de kabinetsreactie op het SER-advies «Gezond opgroeien, wonen en werken» en de in het Gezond en Actief Leven Akkoord aangekondigde agenda voor Health in all Policies.

Vraag 741

Hoeveel mensen mijden momenteel mondzorg wegens de hoge kosten?

Antwoord:

Zoals vermeld in het eindverslag van het project «Mijding mondzorg om financiële redenen», wordt geschat dat ongeveer 640.000 mensen niet minstens eens in de twee jaar naar de tandarts gaan vanwege financiële redenen (Kamerstuk 32 620, nr. 292).

Vraag 742

Wanneer wordt vervolg gegeven aan het project «Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen»? Op welke manier wordt dit project voortgezet?

Antwoord:

De impact van sommige genoemde maatregelen in het eindverslag van het project «Vermindering mijding van mondzorg om financiële redenen» zijn groot. Met name een eventuele uitbreiding van het basispakket met mondzorg. Daarom is hierover een adviestraject uitgezet bij het Zorginstituut. Het adviestraject heeft twee fases: een eerste verkennende en een tweede inhoudelijke fase. De verkennende fase zal naar verwachting eind 2026 gereed zijn.

Parallel aan het adviestraject worden gerichtere maatregelen uitgewerkt, zoals ook genoemd in het eindverslag. Op dit moment loopt hiervoor een pilot met gemeenten, zorgverzekeraars en mondzorgverleners. Deze pilot loopt tot het voorjaar van 2025. In deze pilot wordt gekeken naar een betere inzet van gemeentelijke regelingen, zoals de gemeentepolis.

Tegelijk wordt hierbij ook gekeken naar de mogelijkheden voor een landelijke regeling. Daarnaast wordt in (een deel van) deze gemeenten gewerkt aan het versterken van sociale vangnetten en er wordt gewerkt aan doelgroepgerichte voorlichting.

De Minister van VWS zal u over de uitkomsten van deze pilot uiterlijk in het voorjaar van 2025 informeren. Zij zal in deze brief ook ingaan op de aanbeveling om hernieuwde aandacht te geven aan de mondgezondheid in de publieke gezondheid.

Vraag 743

Wat is de laatste stand van zaken wat betreft tot het onderzoek door ZiNL naar varianten van mondzorg in het basispakket naar aanleiding van een motie van de leden Bushoff en Dijk?

Antwoord:

Een goede toegang tot mondzorg is een belangrijk aandachtspunt van uw Kamer en van de Minister van VWS. Daarom is hierover een opdracht

uitgezet bij het Zorginstituut. De opdracht start met een kostenanalyse en bestaat vervolgens uit een adviestraject bestaande uit twee delen: een eerste verkennende en een tweede inhoudelijke fase.

Het Zorginstituut voert een kostenanalyse uit van vijf door VWS opgestelde scenario's van uitbreidingen van het basispakket. In deze kostenanalyse wordt een inschatting van de kosten van die vijf scenario's gemaakt. De kostenanalyse volgt eind dit jaar en wordt met uw Kamer gedeeld in de update over mondzorg van komend voorjaar.

Vervolgens start het adviestraject. Het Zorginstituut maakt in de verkennende fase van dit traject inzichtelijk wat de huidige status van de mondgezondheid van volwassenen in Nederland is. Als uit de verkennende fase blijkt dat de toegankelijkheid en de huidige staat van de mondgezondheid verbeterd kan worden door uitbreiding van het basispakket (gezondheidswaarde), dan zal het Zorginstituut een inhoudelijke fase starten. In die inhoudelijke fase komt een advies over het opnemen van mondzorg in het basispakket – dat wil zeggen toetsing aan de pakketcriteria – aan de orde. De verkennende fase is naar verwachting eind 2026 klaar.

Vraag 744

Hoe groot is het huidige tekort aan tandartsen en mondhygiënisten?

Antwoord:

Vanwege een onevenredige landelijke spreiding van tandartsen is een totaal (landelijk) tekort niet vast te stellen. Uit deelrapport 3b van het Capaciteitsplan 2024–2027 van het Capaciteitsorgaan volgt echter dat er in bepaalde regio's in Nederland een tekort aan tandartsen is.¹⁴⁴ Op basis van microdata van CBS is een beeld te schetsen van de regionale spreiding, uiteenlopend van 95 tandartsen per 100.000 inwoners in Noord-Holland tot 39 en 34 per 100.000 inwoners in respectievelijk Zeeland en Flevoland. Los van de regionale tekorten aan tandartsen tekent zich in de breedte van de mondzorg een toenemende krapte op de arbeidsmarkt af. De vraag naar tandheelkunde zal naar verwachting stijgen vanwege epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Dit betreft onder andere toename van de tandheelkundige vraag onder jongeren en ouderen en toename van de behandelopties door digitalisering. Eind 2025 brengt het Capaciteitsorgaan een nieuwe integrale raming uit.

Uit deelrapport 3b van het Capaciteitsplan 2024–2027 blijkt dat in 2022 het landelijk tekort aan mondhygiënisten iets hoger is ingeschat dan het tekort aan tandartsen. Ook voor de mondhygiënisten is gekeken naar de regionale spreiding op basis van microdata van het CBS¹⁴⁵. Voor de mondhygiënisten varieert deze van het landelijke minimum van 7 per 100.000 inwoners in Flevoland, via 17 in Overijssel en Zuid-Holland en 19 in Zeeland, tot 26 in Groningen en 29 in Friesland. Met uitzondering van Flevoland is de regionale spreiding bij de mondhygiënisten wel evenwichtiger dan de tandartsen.

Vraag 745

Hoeveel jongeren tot 18 jaar maken gebruik van mondzorg? Kan dat worden uitgesplitst naar leeftijd?

Antwoord:

In dit antwoord gaat de Minister van VWS uit van de cijfers van het CBS, zoals weergegeven op de website www.staatvandemondzorg.nl

¹⁴⁴ Deelrapport 3b Capaciteitsplan 2024–2027, pp. 68 en 69. Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-3b-Eerstelijns-Mondzorg-DEF-12-jan.pdf (capaciteitsorgaan.nl)

¹⁴⁵ Deelrapport 3b Capaciteitsplan 2024–2027, pp. 36 en 48. Capaciteitsplan-2024-2027-Deelrapport-3b-Eerstelijns-Mondzorg-DEF-12-jan.pdf (capaciteitsorgaan.nl)

Het CBS geeft over het percentage jeugdigen dat in 2021 de tandarts heeft bezocht de volgende cijfers. De Minister van VWS merkt op dat dit zelfrapportage betreft en dat de werkelijke cijfers mogelijk iets lager liggen.

Leeftijdsklasse	Percentage dat in 2021 de tandarts heeft bezocht.
2–3 jaar	64,6%
4–11 jaar	94%
12–17 jaar	93,1%

Vraag 746

Wanneer zal de besluitvorming plaatsvinden over de subsidietaakstelling voor de jaren 2026 en verder? Hoe is er tot de ingevulde bedragen gekomen als er nog geen besluitvorming heeft plaatsgevonden? Wanneer wordt de Kamer op de hoogte gesteld van deze besluitvorming?

Antwoord:

In de ontwerpbegroting 2025 is voor de jaren 2026 en verder de taakstelling naar rato over alle subsidiebudgetten ingevuld. Op dit moment wordt gewerkt aan een nota van wijziging op de ontwerpbegroting waarin de beleidsmatige invulling aan uw Kamer wordt getoond. Dit leidt mogelijk tot herschikkingen van de subsidiekorting. Met de nota van wijziging wordt uw Kamer nader geïnformeerd en dan wordt ook duidelijk wie te maken krijgt met deze taakstelling. U ontvangt de nota van wijziging vóór de begrotingsbehandeling van VWS.

Vraag 747

Hoeveel is er exact begroot voor de regeling «Intergenerationeel wonen» en de subsidieregeling «Ontmoetingsruimten»? Kunt u een overzicht aanleveren van de begrote middelen door de jaren heen per stimuleringsregeling?

Antwoord:

Voor de subsidieregeling intergenerationeel wonen is de komende jaren de volgende reeks begroot.

2025	2026	2027	2028 e.v.
4,6 mln.	7,8 mln.	9 mln.	32 mln.

Voor de subsidieregeling ontmoetingsruimten in ouderenhuisvesting (SOO) is in 2025 en 2026 4 mln. begroot.

Vraag 748

Hoeveel geld is er begroot staat voor de pilots Leefomgeving (ZonMw vouchers)? Kunt u een overzicht aanleveren van de begrote middelen door de jaren heen?

Antwoord:

De afgelopen jaren heeft ZonMw de volgende subsidiecalls opengezet om partijen te ondersteunen bij het ontwikkelen van kennis over gezonde leefomgeving:

- Op 13 december 2022 opende de call «Living Labs Samenwerken aan gezonde Leefomgeving» – budget € 255.000;
- Op 23-juni 2023 opende de call «Ontwikkelen van kennis over gezondheid in kwetsbare wijken en gebieden» – budget € 3.200.000;
- Op 3 oktober 2023 opende de call «Toepassen van kennis over een gezonde leefomgeving» – budget € 4.000.000;
- Op 30 april 2024 opende de voucherronde «Impuls gezonde leefomgeving» – budget € 1.200.000. Deze call werd gefinancierd uit restant

middelen van de call voor «Toepassen van kennis over een gezonde leefomgeving».

Tevens is op 3 oktober 2023 een call opengezet voor de evaluatie van de rondes «Ontwikkelen van kennis over gezondheid in kwetsbare wijken en gebieden» en «Toepassen van kennis over een gezonde leefomgeving». Voor deze subsidie was € 110.000 beschikbaar.

Vraag 749

Is het tekort van IC en SEH verpleegkundigen opgelost in 2025, gezien het feit dat er gesneden wordt in de middelen voor de opleidingsmodule basis acute zorg?

Antwoord:

Hoewel de subsidieregeling opleidingsmodule basis acute zorg (BAZ) stopt, blijft bekostiging van de BAZ-opleiding mogelijk. Per 1 januari 2025 kan de BAZ-opleiding worden bekostigd vanuit de beschikbaarheidsbijdrage, net als de opleidingen tot IC- en SEH-verpleegkundige. Voor deze verpleegkundige vervolgoopleidingen en opleidingen voor medisch ondersteunende beroepen is de beschikbaarheidsbijdrage een open einde regeling. Er is dus geen sprake van een budget of een maximum aan het aantal opleidingsplekken.

Zorginstellingen kunnen opleiden naar wat ze nodig achten, maar zaken als opleidingscapaciteit en het aantal geschikte kandidaten beperken nog steeds het doel om op te leiden volgens het advies van het Capaciteitsorgaan. Mede daarom zijn deze opleidingen afgelopen jaren modulair ingericht. Dat de BAZ-opleiding kan worden bekostigd vanuit de beschikbaarheidsbijdrage is een gevolg van de aansluiting van de bekostiging op dit modulaire opleiden. Dit moet bijdragen aan meer flexibel inzetbaar personeel binnen specialistische clusters zoals de acute zorg, en leiden tot snellere inzetbaarheid en opleidingen die beter aansluiten bij de veranderende zorgvraag.

Vraag 750

Hoeveel sportverenigingen wachten op een subsidieregeling om te verduurzamen?

Antwoord:

De totale instroom aan aanvragen voor de Subsidieregeling Bouw en onderhoud sportaccommodaties in 2024 (1 januari–31 juli 2024) is 3.485, met een aanvraagwaarde van € 113 miljoen. Dit gaat zowel om aanvragen voor bouw, onderhoud en materiaal als om aanvragen in het kader van verduurzamingsmaatregelen. Ook de 1.500 doorgeschoven aanvragen vanuit 2023 met een aanvraagwaarde van € 38 miljoen hebben een beslag gelegd op het budget van 2024. Het subsidieplafond is daarom verhoogd van € 79 miljoen naar € 111,5 miljoen. Nog niet alle in 2024 ingestroomde aanvragen zijn beoordeeld. Er zijn nog geen aanvragen afgewezen vanwege overschrijding van het subsidieplafond. Wel is de verwachting dat niet alle in 2024 ingediende aanvragen kunnen worden toegekend.

Vraag 751

Hoe staat het met het in kaart brengen van het aanbod van cruciale ggz en het in kaart brengen van de vraag naar cruciale ggz? Wanneer is dit traject afgerond? Hoeveel ggz-instellingen zijn er de afgelopen vijf jaar gesloten? Hoeveel van deze instellingen vallen onder de definitie cruciale ggz?

Antwoord:

In de gespreksleidraad cruciale ggz is een tijdpad weergegeven van de jaarlijkse cyclus voor het in kaart brengen van de vraag naar cruciale ggz en het daarop gebaseerde cruciale zorgnetwerk in elke regio (<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/gespreksleidraad-cruciale-ggz/>). Dit tijdpad sluit aan op de inkoopcyclus van zorgverzekeraars. De regionale tafels gaan de komende maanden aan de slag. Via een ronde met een landelijke tafel worden medio augustus 2025 de regionale

tafels afgerond. Op basis van de uitkomsten hiervan worden cruciale zorgnetwerken vanaf 2026 waar nodig gelijkgericht ingekocht. Hoe het gelijkgericht inkopen door zorgverzekeraars zal worden uitgevoerd, wordt de komende tijd verder ingevuld.

Het Ministerie van VWS heeft geen cijfers over het aantal ggz-instellingen dat de afgelopen vijf jaar is gesloten en hoeveel instellingen onder de definitie van cruciale ggz vallen. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft deze cijfers niet. Dit komt doordat sluitingen niet gemeld hoeven te worden bij de NZa. Zorgverzekeraars moeten vanuit hun wettelijke zorgplicht proactief de beschikbaarheid van voldoende zorg voor verzekerden organiseren. Dit betekent dat zorgverzekeraars voldoende zorg moeten inkopen voor hun verzekerden en dat vraag en aanbod moeten matchen. Bij de afbouw of ombouw van zorg is het aan de zorgverzekeraar om te overwegen of er voldoende alternatieven van vervangende zorg zijn voor verzekerden. De NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houden daarbij toezicht op de situatie vanuit het oogpunt van deze zorgplicht en de kwaliteit van zorg.

Vraag 752

Welk budget wordt beschikbaar gesteld voor gehandicaptenzorg in Caribisch Nederland?

Antwoord:

Voor 2025 is er een budget beschikbaar van € 5 miljoen voor de gehandicaptenzorg in Caribisch Nederland.

Vraag 753

Valt domein overstijgend werken op het gebied van mentale gezondheid onder een «samenhangende en effectieve preventiestrategie»?

Antwoord:

Dit najaar presenteert het kabinet een Health in all Policies agenda, met een domeinoverstijgende aanpak voor het beschermen en verbeteren van de mentale en fysieke gezondheid. Ook de ontwikkeling van de brede preventiestrategie en de werkagenda mentale gezondheid en ggz, zoals aangekondigd in het regeerprogramma, zal vanuit deze aanpak bekeken worden.