

Vergaderjaar 2023–2024

36 410 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2024

Nr. 32

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 15 januari 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 13 december 2023 voorgelegd aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 12 januari 2024 zijn ze door de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Vragen en antwoorden

Vraag 1:

Welke bedragen zijn sinds de onderschrijving op Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de afgelopen jaren overgeheveld naar algemene middelen? Kunt u een overzicht geven?

Antwoord:

Indien er meer meevallers zijn dan tegenvallers, dan komt de per saldo meevaller ten goede aan de staatskas. In onderstaande tabel is de onderuitputting op de VWS-begroting, uitgavenplafond Rijksbegroting (exclusief uitgaven aan Covid-19 en Oekraïne) gepresenteerd zoals vermeld in de Financieel Jaarverslagen Rijk.

<i>Jaarverslag (2^e suppletoire wet + slotwet)</i>	
2020	€ 273 miljoen
2021	€ 46 miljoen
2022	€ 365 miljoen
2023 ¹	€ 225 miljoen

¹ 2023 is alleen de 2^e suppletoire wet.

Vraag 2:

Wat is de samenstelling van het personeel bij traditionele thuiszorginstellingen? Welke percentage van de werknemers is wijkverpleegkundige (het was 11,4 procent in 2010)?

Antwoord:

In onderstaande tabel is weergegeven wat de samenstelling binnen de subbranche thuiszorg was in 2021. Actuelere cijfers zijn op dit moment niet beschikbaar. De groep «verlos- en verpleegkundigen niveau 6» kan niet gesplitst worden naar verloskundigen enerzijds en verpleegkundigen anderzijds, maar kan wel als indicator van het aandeel wijkverpleegkundigen gezien worden.

<i>Aandeel in de thuiszorg, 2021</i>	
Zorghulp (niveau 1)	40%
Helpende zorg & welzijn (niveau 2)	6%
Verzorgende (niveau 3)	20%
Verpleegkundige (niveau 4)	15%
Verlos- en verpleegkunde (niveau 6)	9%
Overige beroepen	11%

Bron: prognosemodel zorg en welzijn, 2022

Vraag 3:

Hoeveel mensen met verward gedrag op straat waren dementerend?

Antwoord:

Dat is op basis van de registratie van het aantal meldingen van personen met verward gedrag vanuit de politie (de zogenaamde E33-meldingen) niet te zeggen. Wanneer een agent de meldcode E33 gebruikt, duidt hij daarbij de situatie die hij tegenkomt, maar geeft geen duiding van de medische situatie van de persoon over wie de melding gaat. Hierdoor is er geen cijfermatig inzicht in het aantal mensen met dementie dat door de politie wordt geregistreerd als «verward».

Vraag 4:

Hoeveel geld is er per jaar beschikbaar voor het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)?

Antwoord:

De middelen voor de uitvoering van het GALA zijn in een specifieke uitkering aan gemeenten toegekend. In deze specifieke uitkering zijn naast GALA middelen, ook middelen voor het Sportakkoord II uitgekeerd. Specifiek voor het GALA gaat het om € 196 miljoen in 2023, € 193 miljoen in 2024 en 2025 en € 138 miljoen in 2026.

Vraag 5:

Hoeveel procent van het preventiebudget gaat richting medeoverheden in het kader van de lokale aanpak en het GALA?

Antwoord:

Er is niet één preventiebudget. Preventie is integraal verweven in veel thema's en programma's. In het huidige Coalitieakkoord zijn voor de brede preventieaanpak structurele en incidentele middelen beschikbaar gesteld voor onderzoek en aanpak van volksziekten, valpreventie, sportstimulering, Kansrijke Start, prenatale screening, suïcide preventie, respijtzorg, preventieakkoord en Een tegen Eenzaamheid. In totaal gaat het om € 394 miljoen in 2023, € 386 miljoen in 2024 en 2025, en structureel gaat het om € 233 miljoen (exclusief € 150 miljoen vanuit de IZA-middelen). Naast de Coalitieakkoord middelen zijn er ook middelen voor preventie die al eerder op de VWS begroting stonden. Voor een integrale lokale aanpak vanuit GALA is 50% van het budget van de Coalitiemiddelen beschikbaar gesteld aan gemeenten via de brede SPUK regeling in 2023, 2024 en 2025. In 2026 gaat het om 59%. De brede SPUK regeling loopt tot en met 2026.

Vraag 6:

Hoeveel procent van het budget voor de lokale aanpak via het GALA wordt besteed aan gezondheidsbevordering? En waarom is het budget in 2026 beduidend lager?

Antwoord:

Het volledige budget van het GALA wordt besteed aan brede inzet op gezondheidsbevordering. Daartoe behoort ook het bevorderen van leefstijl en het versterken van de sociale basis, zoals eenzaamheid en mantelzorg. Gezondheidsbevordering gaat zowel om het beïnvloeden van individueel gedrag, alsmede beïnvloeding van de leefomgeving. Met het beschikbare budget dat vanuit het GALA aan leefomgeving kan worden besteed, worden uitgaven gedaan die zowel met gezondheidsbevordering, alsmede met gezondheidsbescherming te maken hebben. In 2026 is het bedrag ca. € 55,3 miljoen lager, omdat de middelen vanuit het huidige Coalitieakkoord voor preventie van alcohol, roken, overgewicht/voeding en aan bevordering van bewegen, de mentale gezondheid en een lokale preventie aanpak geen structurele, maar incidentele middelen zijn die in 2026 wegvallen bij ongewijzigd beleid.

Vraag 7:

Hoeveel geld gaat er vanuit de VWS-middelen naar de uitvoering van de Nationale Eiwitstrategie? Waar wordt dit aan uitgegeven?

Antwoord:

Hier gaan geen specifieke VWS middelen naartoe. De Nationale Eiwitstrategie heeft als doelstelling om de verhouding in de consumptie van dierlijke en plantaardige eiwitten te verschuiven. De uitvoering van de

Nationale Eiwitstrategie valt onder de verantwoordelijkheid van de Minister van LNV.

Het gezamenlijke doel van het Ministerie van VWS en LNV is dat meer mensen eten volgens de Schijf van Vijf, zoals ook staat verwoord in de Evaluatie van de Voedselagenda 2016–2020 (Kamerstuk 31 532, nr. 271), die mede namens de Staatssecretaris van VWS is verstuurd. Een verschuiving van de balans in de consumptie van dierlijke en plantaardige eiwitten van de huidige 60/40- verhouding naar 50/50 in 2030 maakt hier onderdeel van uit. Deze verhouding past bij de Schijf van Vijf die zowel ziet op gezondheid als duurzaamheid. Voorlichting hieromtrent vindt onder andere plaats via het Voedingscentrum dat door VWS en LNV wordt bekostigd.

Vraag 8:

Hoeveel geld gaat er vanuit VWS-middelen naar proefdiervrije innovatie, om zo te komen tot beter onderzoek en betere medicijnen? Hoe wordt dit geld besteed?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS besteedt via ZonMw € 375.000 aan de opstartfase van VitalTissue, waarvan € 125.000 in 2024. VitalTissue maakt vitaal restweefsel van operatiepatiënten beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek, als alternatief voor proefdieren. Daarnaast besteedt VWS in 2024 via het RIVM ongeveer € 250.000 aan onderzoeken waarbij alternatieven voor dierproeven worden ontwikkeld of gevalideerd.

Vraag 9:

Op welke manier(en) stimuleert u de inzet van systematische reviews bij onderzoek, om zo te komen tot beter onderzoek en daaruit volgend betere medicijnen?

Antwoord:

Het doen van systematische reviews in de preklinische fase wordt gestimuleerd vanuit de Ministeries van LNV en OCW. Het Ministerie van VWS stimuleert over het algemeen niet op directe wijze de uitvoering van systematische reviews in de klinische fase. Systematische reviews maken deel uit van de gebruikelijke (medisch-)wetenschappelijke praktijk. Dan gaat het bijvoorbeeld om een bundeling van resultaten uit klinische studies met een bepaald geneesmiddel bij een specifieke aandoening. Omdat de resultaten uit meerdere studies afkomstig zijn, zijn de conclusies uit een systematische review sterker onderbouwd dan uit een enkele klinische studie. Vanuit de verschillende medische specialisaties voert men zulke reviews dan ook regelmatig uit, en directe stimulatie vanuit het Ministerie van VWS wordt niet noodzakelijk geacht. Wel wordt wetenschappelijke onderbouwing bij de beoordeling van aanvragen voor klinische studies en bij toelating van een geneesmiddel tot de markt meegenomen. Bij beoordeling van geneesmiddelen door het Zorginstituut weegt de Stand van Wetenschap en Praktijk zwaar mee. Systematische reviews zijn daar vaak onderdeel van en dragen zo bij aan de kwaliteit van geneesmiddelenonderzoek en geneesmiddelen in het pakket.

Vraag 10:

Hoeveel geld gaat er vanuit de VWS-middelen naar onderzoek met proefdieren? Hoe wordt dit geld besteed?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de nodige informatie om deze vraag goed te kunnen beantwoorden. In 2020 heeft Technopolis in opdracht van het Ministerie van LNV een rapport uitgebracht onder de titel «Studie naar de financiën van proefdieronderzoek en proefdiervrije

innovaties». Het rapport vermeldt een bedrag van € 760.000 voor het aandeel van VWS (via het RIVM) in de publieke financiering van dierproeven. Dit betreft het jaar 2018. Maar hier moet nog een onbekend deel van het ZonMw-aandeel en het NWO-aandeel bij opgeteld worden.

Vraag 11:

Hoe wordt uitvoering gegeven aan de in de Eerste Kamer aangenomen motie over de havermelkbelasting (Kamerstuk 36 410, nr. F)?

Antwoord:

Per 1 januari zal het tarief van de verbruiksbelasting op alcoholvrije dranken verhoogd worden. Het uitzonderen van bepaalde dranken van deze verhoging is niet mogelijk. Dit vergt namelijk een structuurwijziging in de uitvoering, waarvoor een termijn van 12–18 maanden staat. Die termijn gaat lopen nadat de wetgeving die een dergelijke uitzonderingspositie zou moeten regelen, is vastgesteld.

De Tweede Kamer heeft via de motie Grinwis (Kamerstuk 36 418, nr. 87) opgeroepen zo snel als mogelijk een gedifferentieerde verbruiksbelasting van alcoholvrije dranken te introduceren, gebaseerd op het suikergehalte in die drank. Met de voorbereidingen van dit wetsvoorstel is al begonnen. Bij het nieuwe systeem wordt ook gekeken naar de positie van bijvoorbeeld plantaardige dranken, zuivel en pure fruit- en groentesappen. In het eerste kwartaal van 2024 wordt de Kamer geïnformeerd over de contouren van dit wetsvoorstel, zodat de Kamer haar inbreng kan geven.

Vraag 12:

Wat heeft u gedaan met de aanbevelingen uit de Kennisagenda Transitie naar Proefdiervrije Innovaties van ZonMw?

Antwoord:

De aanbevelingen uit de Kennisagenda Transitie naar Proefdiervrije Innovaties uit april 2023, voor zover die specifiek gericht zijn op het Ministerie van VWS, hebben betrekking op het gebruik van lichaamsmateriaal voor wetenschappelijk onderzoek. Het Nationaal Comité advies dierproevenbeleid (NCad) heeft recent een rapport uitgebracht getiteld «De beschikbaarheid en toegankelijkheid van menselijk weefsel voor biomedisch onderzoek en onderwijs», waarin aanbevelingen staan die dezelfde ontwikkeling ondersteunen en gericht zijn aan de bewindspersonen van VWS en LNV. Hier zal het Ministerie van VWS schriftelijk op reageren.

Vraag 13:

Zet u in op het versnellen van validatie- en acceptatietrajecten van proefdiervrije methoden om zo te komen tot betere onderzoeksmethoden en daaruit volgend betere medicijnen? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS steunt het voorstel Centrum voor Proefdiervrije Biomedische Translatie (CPBT) dat door het Ministerie van LNV is ingediend bij het Nationale Groeifonds. Voor een verbeterd CPBT voorstel is € 125 miljoen gereserveerd in het Nationaal Groeifonds. De verwachting nu is dat de Minister van LNV in januari 2025 het verbeterde voorstel zal indienen. Het betreft ontwikkeling, validatie en educatie op het gebied van proefdiervrije methoden voor geneesmiddelenontwikkeling

Vraag 14:

Welk bedrag is begroot voor de ratificatie en implementatie van het VN-verdrag Handicap in Caribisch Nederland?

Antwoord:

Voor 2024 is een budget gereserveerd van € 100.000 waarmee onder andere opvolging gegeven zal worden aan de aanbevelingen van het recentelijk uitgebrachte rapport inzake de rechten van personen met een handicap op de BES-eilanden. Er zal onderzocht worden of een programmatische aanpak passend is voor implementeren van het verdrag. Overigens is niet alleen het Ministerie van VWS verantwoordelijk voor de implementatie van het VN-verdrag, dit vraagstuk omvat een brede maatschappelijke opgave.

Naast de hierboven genoemde reservering op de begroting, worden er in 2024 ook middelen beschikbaar gesteld voor verschillende trajecten die bijdragen aan, of relatie hebben tot het Verdrag waar de Staatssecretaris van VWS aan werkt. Zo wordt er bijvoorbeeld gewerkt aan de implementatie van maatschappelijke ondersteuning in Caribisch Nederland. Ook wordt er gekeken naar de zorg voor leerlingen met een beperking binnen de recent geopende cluster 3 voorziening op Bonaire.

Vraag 15:

Hoe zal het budget voor de Subsidieregeling patiënten- en gehandicaptenorganisaties 2024–2028 ervoor zorgen dat mensen met een beperking duurzaam worden betrokken bij de totstandkoming van wet- en regelgeving, beleid en de uitvoering?

Antwoord:

De Subsidieregeling patiënten- en gehandicaptenorganisaties 2024–2028 zorgt voor het versterken van de positie van mensen met een aandoening en/of beperking en hun naasten in de samenleving, omdat deze patiënten en gehandicaptenorganisaties in belangrijke mate de (collectieve) stem van patiënten en cliënten vertolken. Het fors opgehoogde budget voor de Subsidieregeling patiënten- en gehandicaptenorganisaties 2024–2028 stelt patiënten- en gehandicaptenorganisaties beter in staat om zich verder te professionaliseren en tegemoet te komen aan de toenemende vraag naar hun expertise bij de totstandkoming van wet- en regelgeving, beleid en de uitvoering.

Vraag 16:

Hoe wordt voorkomen dat het herinvoeren van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wet maatschappelijke opvang (Wmo) 2015 zal leiden tot financiële problemen bij mensen met een beperking?

Antwoord:

Door het inkomens- en vermogensafhankelijke karakter van de eigen bijdrage wordt rekening gehouden met de financiële draagkracht van burgers. Daarnaast hebben gemeenten op dit moment reeds een aantal mogelijkheden om af te wijken van het standaard eigen bijdrage regime (zie art. 3.8, tweede en derde lid van het huidige Uitvoeringsbesluit Wmo 2015). Zo kunnen gemeenten vrijstellingen geven aan cliënten die onvoldoende betalingscapaciteit hebben. Het voornemen is om die afwijkingsmogelijkheden ook in de nieuwe situatie te laten bestaan.

Vraag 17:

In hoeverre worden voorbereidingen getroffen om (delen van) de Wmo 2015 inkomensafhankelijk te maken?

Antwoord:

Op dit moment zijn burgers voor diverse Wmo-voorzieningen als eigen bijdrage het abonnementstarief Wmo 2015 verschuldigd (in 2024 bedraagt dit € 20,60 per maand). Bij Voorjaarsnota 2023 is aangekondigd dat het abonnementstarief Wmo 2015 per 1/1/2026 zal worden afgeschaft en dat

voor de betreffende Wmo-voorzieningen een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (her)ingevoerd zal worden. Om dit per 1/1/2026 mogelijk te maken bereidt het demissionaire kabinet momenteel een wetsvoorstel voor. Een concept van dit wetsvoorstel staat momenteel open voor (internet)consultatie. Daarnaast is een aantal toetsen en adviezen uitgevraagd (bij o.a. het CAK en de VNG).

Vraag 18:

Bent u voornemens de inzet op de afspraken rondom het Integraal Zorgakkoord (IZA), inclusief de toegezegde € 2,8 miljard transformatiemiddelen, voort te zetten in 2024?

Antwoord:

De toegankelijkheid en kwaliteit van zorg staan onder druk. Het demissionaire kabinet zet daarom onverminderd in op de uitwerking van de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA), inclusief de inzet van transformatiemiddelen die de gewenste beweging in gang moeten zetten. In het IZA is afgesproken dat er in de periode van 2023–2027 € 2,8 miljard aan transformatiemiddelen beschikbaar is om deze benodigde transformatie naar passende zorg te faciliteren. Besteding van deze middelen gebeurt grotendeels op basis van concrete (door verzekeraars goedgekeurde) transformatieplannen van partijen zoals zorgaanbieders. Een kleiner deel van deze middelen, ca. € 400 miljoen loopt via de VWS-begroting ten behoeve van de financiering van de bestuurlijke afspraken uit het IZA en de landelijke maatregelen uit het IZA die worden ingezet om de juiste randvoorwaarden te creëren, zodat impactvolle transformaties kunnen plaatsvinden. Op dit moment zien we dat er binnen en tussen sectoren hard wordt gewerkt aan het opstellen van transformatieplannen. De gewenste beweging is in gang gezet. De bewindspersonen onderschrijven de noodzaak en hebben er vertrouwen in dat dit ook de komende jaren zo door zal gaan.

Vraag 19:

In hoeverre wordt er een compensatie gemaakt omdat Wmo-gelden in het Gemeentefonds worden aangesproken om de instroom in de Wet langdurige zorg (Wlz)-geestelijke gezondheidszorg (ggz) op te vangen (van € 45 miljoen)?

Antwoord:

Op het Uitgavenplafond Zorg worden middelen voor volumegroei beschermd wonen gereserveerd. In 2023 is het bedrag voor volumegroei vanaf 2024 á € 45 miljoen niet uitgekeerd aan gemeenten, omdat er geen sprake is van volumegroei van het aantal cliënten beschermd wonen. De huidige tekorten in het Wlz-kader hebben het kabinet ertoe bewogen om de groeiruimte voor 2024 in te zetten daar waar de volumegroei plaatsvindt. Deze middelen zijn daarom ingezet om het tekort dat is ontstaan door de hogere instroom vanuit het gemeentelijk domein van mensen met een psychische aandoening naar de Wlz deels te dekken. Er is hierbij geen sprake van een uitname uit het Gemeentefonds.

Vraag 20:

In hoeverre wordt er verder gewerkt aan het wetsvoorstel Woonplaatsbeginsel voor beschermd wonen?

Antwoord:

In het Verslag (Kamerstukken II, 2022/2023, 36 288, nr. 7) heeft de Kamer een aantal vragen gesteld over het wetsvoorstel woonplaatsbeginsel voor beschermd wonen. Aan de beantwoording daarvan wordt gewerkt. In het schriftelijk overleg inzake Nationaal Actieplan Dakloosheid en beschermd wonen (Kamerstukken II, 2022/2023, 29 325 nr. 155) is door de Kamer

gevraagd hoe de vertraging, als gevolg van de controversieelverklaring van het wetsvoorstel, kan worden voorkomen. In de reactie van 11 december jl. (kenmerk 3702070-1054730-DMO) is aangegeven dat daarvoor geen mogelijkheden zijn, anders dan heroverweging door de Kamer van de controversieelverklaring. In de reactie is aangekondigd dat de Kamer na het Kerstreces de nota naar aanleiding van het verslag zal ontvangen, dit mede met het oog op het voorkomen van verdere vertraging.

Vraag 21:

Is bij vaststelling van de hoogte van de subsidiebedragen voor pg-organisaties rekening gehouden met recente indexering van de lonen op basis van nieuwe cao-afspraken voor juli 2023 (7 procent), januari 2024 (4 procent), juli 2024 (4 procent) en januari 2025 (extra uitloopschalen)?

Antwoord:

Zoals ook toegelicht in het Schriftelijk Overleg over de versterking van de positie van patiënten en cliënten binnen het zorgsysteem komen de verleende instellingssubsidies en de maximaal aan te vragen instellings-subsidies vanaf 2024 in aanmerking voor jaarlijkse bijstelling van de personele kosten rekening houdend met de ontwikkeling van de arbeidsvoorwaarden. Bij de initiële verlening van de instellingssubsidies voor 2024 worden de bedragen conform de subsidieregeling gehanteerd. Via een herziening van deze subsidies kan looncompensatie in de loop van 2024 worden toegekend. Voor de indexering wordt de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA)-systematiek gehanteerd. Sociale partners maken op basis van deze bijdragen hun eigen afweging over een gepaste loonindexatie.

Vraag 22:

Welke middelen worden ingezet voor valpreventie en tot welke verwachte besparing resulteert die investering?

Antwoord:

De middelen die worden ingezet voor de ketenaanpak valpreventie bedragen vanaf 2023 structureel jaarlijks minstens € 104 miljoen oplopend tot maximaal € 135 miljoen vanaf 2031. Deze worden ingezet voor de verschillende stappen in de ketenaanpak, zoals het detecteren van valrisico's, screening en interventies, alsook advies op maat en opstartkosten. Deze middelen worden deels beschikbaar gesteld aan gemeenten via de brede specifieke uitkering en deels aan zorgverzekeraars. De beoogde jaarlijkse besparingen hebben betrekking op de Wmo, Zvw en Wlz en zijn respectievelijk € 10 miljoen, € 50 miljoen en € 20 miljoen in 2023. In de vervolg jaren zal dit oplopen met een beoogde structurele jaarlijkse besparing in de Wmo, Zvw en Wlz van respectievelijk € 20 miljoen, € 140 miljoen en € 50 miljoen.

Vraag 23:

Hoeveel van de transactiemiddelen uit het IZA is op dit moment aangevraagd?

Antwoord:

Om de benodigde transformatie naar passende zorg te faciliteren, is voor de periode 2023–2027 in totaal € 2,8 miljard aan transformatiemiddelen beschikbaar gesteld. Zoals afgesproken in het IZA, wordt het grootste deel van de transformatiemiddelen (€ 2,4 miljard) via de verzekeraars toegekend, door middel van het goedkeuren van transformatieplannen.

De resterende € 0,4 miljard wordt via de VWS-begroting besteed¹. Op dit moment (peildatum 21 december 2023) is er ongeveer 87,5 miljoen euro aan transformatiemiddelen beschikbaar gesteld. Dit betreft het bedrag dat voor alle goedgekeurde transformatieplannen (7) is overeengekomen tussen deelnemers en zorgverzekeraars. Het totaal bedrag dat is aangevraagd is 165,3 miljoen euro voor 19 plannen. 12 plannen voor een totaalbedrag van 77,8 miljoen zijn dus nog in uitwerking of beoordeling. Om de beweging en het aantal transformatieplannen te versnellen, wordt er een verbeter- en versnellingsagenda uitgewerkt door partijen.

Vraag 24:

Kunt duiden waarom de uitgaven voor humaan papillomavirus (HPV)-vaccinatie afnemen, gezien de ambitie om de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)-doelstellingen te halen in 2030?

Antwoord:

Voor de HPV-vaccinatie liepen de volgende campagnes:

- In 2022 en 2023 liep er een grootschalige inhaalcampagne om jongeren onder de 18 jaar de mogelijkheid te geven zich alsnog tegen HPV te laten vaccineren. Deze inhaalcampagne loopt af op 31 december 2023.
- Begin 2023 is de aanvullende HPV-campagne voor jongvolwassenen gestart. Deze campagne biedt jongvolwassenen geboren tussen 1 januari 1996 en 31 december 2003 de mogelijkheid zich alsnog te laten vaccineren tegen HPV. Deze aanvullende campagne loopt af op 1 juni 2024.

Het aflopen van twee grote vaccinatiecampagnes is de reden dat de uitgaven afnemen.

Vraag 25:

Kunt u een overzicht maken van het aantal heropnames en hersteloperaties per jaar, zo mogelijk uitgesplitst naar aandoening, van de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de gevraagde data.

Vraag 26:

Wat is de status van het aantal uitgestelde operaties en de inhaalzorg veroorzaakt door de coronapandemie?

Antwoord:

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 7 december jl. weer een monitor toegankelijkheid van de zorg gepubliceerd². De NZa concludeert op basis van productiedata medisch specialistische zorg (msz) van afgelopen zomer dat het aantal patiënten dat ziekenhuiszorg ontving rond het niveau van 2019 lag. Daarnaast ziet de NZa dat de meest urgente zorg doorgaat, maar dat de IC-afhankelijke planbare zorg net onder het niveau van 2019 ligt. De productie in zelfstandige behandelcentra (zbc's) is sinds de coronapandemie gestegen en lag begin dit jaar weer iets hoger dan het jaar ervoor, terwijl die in ziekenhuizen ongeveer gelijk is gebleven. De lichte daling in de wachttijden in de msz die na de zomer te zien was, lijkt

¹ Zoals is afgesproken in het IZA, wordt een beperkt deel van deze transformatiemiddelen (vooralsnog ca. € 400 miljoen van de € 2,8 miljard) via de VWS-begroting besteed ten behoeve van de financiering van de bestuurlijke afspraken uit het IZA en de landelijke maatregelen uit het IZA die worden ingezet om de juiste randvoorwaarden te creëren zodat impactvolle transformaties kunnen plaatsvinden.

² Monitor Toegankelijkheid van Zorg – 7 december 2023 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

op landelijk niveau te stagneren. Echter, de hoeveelheid nog te leveren zorg in de ziekenhuizen (ook wel «werkvoorraad» genoemd) laat een lichte daling zien.

De werkvoorraad is de hoeveelheid nog te leveren zorg in de ziekenhuizen die voor een subselectie van specialismen uit wordt gevraagd. Daaruit valt niet op te maken in hoeverre het nog gaat om patiënten die wachten op hun operatie die is uitgesteld door de coronapandemie of nieuwe patiënten.

Vraag 27:

Kunt u een overzicht geven van de zorgkosten afgezet tegen het bruto binnenlands product (bbp) over de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan de netto zorguitgaven onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (BBP) over de afgelopen 10 jaar (2014–2023).

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 onder het UPZ (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg uit het UPZ in 2019) en door statistische vertekeningen, zoals in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz.

Ontwikkeling netto zorguitgaven in relatie tot ontwikkeling BBP 2014–2023 (bedragen x € 1 miljard)

	Basisjaar 2014	2015	2016	2017 ¹	2018 ¹	2019	2020	2021 ²	2022	2023 ³
Netto zorguitgaven UPZ (€)	64	64	66	63	66	70	74	76	82	88
Groei van de netto zorguitgaven (€)	0	- 1	2	- 3	3	4	4	2	5	6
Groei van de netto zorguitgaven (%)	0%	- 1%	3%	- 5%	5%	6%	6%	3%	7%	8%
BBP (€)	672	690	708	738	774	813	797	871	959	1.028
Groei BBP (€)		18	18	30	36	39	- 16	74	88	69
Groei BBP (%)		3%	3%	4%	5%	5%	- 2%	9%	10%	7%
Netto zorguitgaven UPZ / BBP (%)		9,3%	9,3%	8,5%	8,5%	8,6%	9,3%	8,7%	8,6%	8,6%

¹ Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren.

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.

³ Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2e suppletore wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e suppletore wet nieuwere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2e suppletore wet, omdat deze bijstelling budgettair verwerkt zal worden in het aankomende VWS jaarverslag.

Bron: VWS- en CPB-cijfers

Vraag 28:

Kunt u een overzicht geven van de onderschrijdingen op de zorgbegroting van de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

In de onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de onderschrijding van het Uitgavenplafond Zorg van de afgelopen 10 jaar (2014–2023). De onderschrijdingen zijn de optelsom van de onderschrijdingen van de voorjaarsnota, ontwerpbegroting, najaarsnota en het jaarverslag.

Het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) wordt aan het begin van een nieuw kabinet voor de kabinetsperiode vastgesteld.³ Het UPZ is gebaseerd op een zo goed mogelijke raming van de zorguitgaven van zorgkantoren en zorgverzekeraars. Hiervoor wordt o.a. gebruik gemaakt van de onafhankelijke (zorg)ramingen van het CPB. In de CPB-raming worden de overschrijdingen van de afgelopen jaren meegenomen.

Gedurende de kabinetsjaren kunnen er echter ontwikkelingen bij de zorguitgaven van zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn, waardoor de daadwerkelijke zorguitgaven afwijken van de raming. Dit gebeurt in de voorjaarsnota, ontwerpbegroting, najaarsnota en jaarverslag. Dit is hetzelfde proces als de uitgaven bij andere sectoren binnen de Rijks-overheid. Hierdoor kunnen onder- of overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg ontstaan. De afgelopen tien jaar zijn overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg zichtbaar. De overschrijdingen van de afgelopen 10 jaar zijn gemiddeld € 1,5 miljard. Dat is ongeveer 1,6% van de totale bruto zorguitgaven 2023. Bij het volgende kabinet zal op basis van de meest actuele inzichten weer een nieuw Uitgavenplafond Zorg worden vastgesteld.

Overschrijdingen Uitgavenplafond Zorg 2014–2023 (Bedragen x 1 miljard)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ¹
Overschrijding²	- 2,0	- 0,6	- 1,8	- 2,6	- 1,9	- 1,4	- 1,1	- 0,3	- 0,9	- 2,0

¹ Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2^e suppletore wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e suppletore wet nieuwere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2^e suppletore wet, omdat deze bijstelling budgettair verwerkt zal worden in het aankomende VWS jaarverslag.

² Dit betreft het totaalbedrag aan overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg van de Voorjaarsnota, Ontwerpbegroting, Najaarsnota en het Jaarverslag bij elkaar opgeteld.

Bron: voor 2014 t/m 2022 de VWS-jaarverslagen, voor 2023 de 2^e suppletore begroting.

Vraag 29:

Wat is de netto stijging in zorguitgaven als periodieke controles mondzorg (1,5 keer per jaar) en het vullen van gaatjes worden toegevoegd aan het basispakket, maar deze handelingen worden uitgezonderd van het eigen risico? Met hoeveel euro zou de zorgpremie dan per persoon stijgen?

Antwoord:

De netto stijging in zorguitgaven wanneer periodieke controles (1,5 keer per jaar) én het vullen van gaatjes worden toegevoegd aan het basispakket kent een grote mate van onzekerheid, met name omdat het lastig is te voorspellen hoeveel en welke behandelingen er nodig zijn met betrekking tot het vullen van gaatjes.

De kostenstijging van de periodieke controles wordt geraamd op maximaal € 575 miljoen per jaar, als iedere verzekerde hiervan gebruik maakt. Zie voor de onderbouwing het antwoord op de volgende vraag. De inschatting van de kosten van het vullen van gaatjes is gebaseerd op de gemiddelde kosten van vullingen in de aanvullende verzekering (€ 500 miljoen), gedeeld door het percentage mensen dat een aanvullende verzekering met tandheelkunde heeft (€ 500 mln/ 0,66). Dit betreft grof ingeschat € 758 miljoen. Samen betekent dit een kostenstijging van circa € 1,3 miljard in totaal en gerekend met 14,3 miljoen verzekerden betekent dit een premiestijging van circa € 3,80 per verzekerde per maand.

³ Het Uitgavenplafond Zorg wordt alleen conform de begrotingsregels bijgesteld voor loon- en prijsontwikkelingen en overboekingen tussen de Uitgavenplafonds Zorg, Rijksbegroting en Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt (SZA).

Vraag 30:

Wat is de netto stijging in zorguitgaven als periodieke controles mondzorg (1,5 keer per jaar) wordt toegevoegd aan het basispakket, maar deze handeling wordt uitgezonderd van het eigen risico? Met hoeveel euro zou de zorgpremie dan per persoon stijgen?

Antwoord:

De netto stijging in zorguitgaven, ervan uitgaande dat de helft van de verzekerden 2 keer, en de andere helft 1 keer per jaar naar de mondzorgverlener gaat voor een periodieke controle (of alle verzekerden 3 keer per 2 jaar) wordt geraamd op circa € 575 miljoen. De extra zorgpremie per persoon per maand zou in dat geval stijgen met € 1,70 per verzekerde. Dit is gebaseerd op de kosten van de periodieke controle (€ 26,75 in 2024)⁴ vermenigvuldigd met het aantal volwassen verzekerden (14,3 miljoen), vermenigvuldigd met 1,5. Dit is ongeveer € 575 miljoen. De helft van deze kostenstijging wordt opgevangen via werkgevers, de andere helft via verhoging van de nominale premie. De helft van de totale kosten, gedeeld door het aantal verzekerden, gedeeld door 12 maanden levert de premiestijging per maand op. In deze berekening wordt ervan uitgegaan dat iedere verzekerde volledig gebruik maakt van het aantal vergoede controles.

Vraag 31:

Hoeveel geld is in 2024 beschikbaar voor de Hervormingsagenda Jeugd? Wat verklaart het verschil tussen de brief van 19 september jl. waarin sprake is van € 179 miljoen en de € 91 miljoen die is opgenomen in tabel 3 van de begroting?

Antwoord:

Via de Voorjaarsnota 2023 is aanvullend € 1,45 miljard door het Rijk beschikbaar gesteld voor jeugdhulp inclusief afspraken die zijn gemaakt voor de Hervormingsagenda. Deze middelen zijn grotendeels (€ 1,36 miljard) toegevoegd aan het Gemeentefonds voor zowel de jeugdhulp zelf als voor decentrale investeringen die nodig zijn in het kader van de Hervormingsagenda. Daarnaast staat € 91 miljoen op de begroting van VWS, voor centrale investeringen en uitvoeringskosten. Deze investeringen waren al voorzien en zijn van belang voor de uitvoering van de Hervormingsagenda.

De € 179 miljoen die in de brief van 19 september jl. is opgenomen bestaat enerzijds uit het besparingsverlies dat is ontstaan door vertraging in de totstandkoming van de Hervormingsagenda (€ 89 miljoen in 2024). Anderzijds gaat dit bedrag over het besparingsverlies op de aanvullende taakstelling op het jeugd domein binnen het Gemeentefonds uit het Coalitieakkoord. Dit betreft in totaal € 100 miljoen in 2024 (waarvan 90 miljoen door VWS is gedekt en 10 miljoen door J&V). Op de VWS begroting 2024 leidde beide tot een besparingsverlies van € 179 miljoen.

Vraag 32:

Wat is de reden dat de extra middelen voor het inrichten van een passend regionaal en landelijk opleidingsaanbod voor wijkverpleging van € 50 miljoen (in 2024 en 2025) met ingang van het jaar 2027 niet meer op de begroting beschikbaar is? Hoe kan een opleidingsaanbod worden vergoed zonder structurele financiering?

Antwoord:

Ten behoeve van het stimuleren van meer en vernieuwend opleiden voor de wijkverpleging is met betrokken partijen (Actiz, Zorgthuisnl, V&VN, ZN

⁴ Zie prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg – TB/REG-24612-01 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

en VWS) een akkoord ondertekend waarmee de komende drie studie jaren extra geïnvesteerd zal worden in het samen anders opleiden van helpenden, verzorgenden IG en verpleegkundig-specialisten voor de wijkverpleging. Hier is binnen het coalitieakkoord in de jaren 2023 t/m 2026 in totaal € 150 miljoen voor beschikbaar gesteld.

Dit Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging (IOW) 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. Het gaat om een grote investering in het opleidingsaanbod waardoor er belangrijke efficiencyvoordelen in het opleidingsaanbod worden gerealiseerd, zoals o.a. betere samenwerkingsmogelijkheden via regionale infrastructuur en meer inzet van technologische innovaties.

Vraag 33:

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

Antwoord:

In de onderstaande tabel zijn de omvangrijkste maatregelen onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) in de Zvw en de Wlz opgenomen voor 2023–2028. De taakstelling niet-IZA en maatwerk PGB zijn gemeld en toegelicht in de ontwerpbegroting 2024. Alle andere maatregelen zijn toegelicht in de ontwerpbegroting 2023. Van de maatregelen meerjarig contracteren en doorontwikkeling kwaliteitskader is in de ontwerpbegroting 2024 vastgesteld dat de in de ontwerpbegroting 2023 opgenomen taakstelling niet gehaald wordt in 2024.

Naast ombuigingen, wordt door het demissionaire kabinet in de periode 2022–2026 geïnvesteerd in de zorg, namelijk € 0,3 miljard in 2022 oplopend tot € 1,5 miljard in 2026.

Tabel omvangrijkste maatregelen Kabinet Rutte IV (Bedragen x € 1 miljoen)

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Zvw	- 1.084	- 1.598	- 2.088	- 2.648	- 3.025	- 3.156
Valpreventie bij 65-plussers	- 50	- 80	- 95	- 103	- 110	- 118
Passende zorg als norm (enkel bewezen effectieve zorg) in Zvw	0	0	- 23	- 70	- 117	- 117
Integraal Zorgakkoord (IZA)	- 540	- 854	- 1.171	- 1.554	- 1.554	- 1.554
Juiste zorg op de juiste plek	0	0	- 100	- 200	- 200	- 200
Sturing op doelmatigheid via de tarieven	0	- 120	- 140	- 147	- 147	- 147
Doelmatige inkoop geneesmiddelen en medische technologie	- 15	- 35	- 50	- 65	- 80	- 90
Standaardisatie inkoop- en verantwoordingseisen Zvw	0	- 30	- 30	- 30	- 30	- 30
Aanpassing basisniveau IZA-sectoren	- 350	- 350	- 350	- 350	- 350	- 350
Pakketmaatregel vitamine D	- 129	- 129	- 129	- 129	- 129	- 129
Standaardisatie gegevensuitwisseling	0	0	0	0	- 113	- 227
Stimuleren anderhalvelijnszorg	0	0	0	0	- 50	- 50
Taakstelling niet-IZA sectoren	0	0	- 65	- 145	- 145	- 145
Wlz	- 63	- 116	- 815	- 946	- 1.042	- 1.087
Valpreventie bij 65-plussers	- 20	- 30	- 35	- 38	- 40	- 43
Meerjarige contracten ouderenzorg	0	0	- 135	- 70	- 70	- 70
Meerjarige contracten ggz en ggz	0	0	- 110	- 65	- 65	- 65
Doorontwikkeling Kwaliteitskader verpleeghuisczorg	0	0	- 200	- 350	- 350	- 350
Bevorderen doelmatigheid behandeling en geneesmiddelen Wlz	0	0	- 170	- 170	- 170	- 170
Integraal Zorgakkoord (IZA)	0	0	0	- 15	- 15	- 15
Scheiden wonen en zorg	- 43	- 86	- 130	- 173	- 217	- 260
Maatwerk PGB	0	0	- 35	- 65	- 115	- 115
						17
Totaal maatregelen	- 1.147	- 1.714	- 2.903	- 3.594	- 4.067	- 4.243

Vraag 34:

Hoe lang is de gemiddelde verblijfsduur van ouderen in een verpleeghuis?

Antwoord:

Volgens gegevens van het CBS bedraagt het gemiddeld aantal opgenomen dagen van cliënten die in 2021 op het moment van overlijden zorg ontvingen op basis van een VV5 of VV6 ruim 940 dagen. Bij cliënten die zorg ontvingen op basis van een VV7 en VV8 was het gemiddeld ruim 1.420 dagen. Deze aantallen en een toelichting op de berekeningswijze treft u aan op: Gemiddeld aantal Wlz-opnamedagen van personen die in 2021 overleden zijn met een ZZP VV01 t/m VV09b, naar ZZP bij overlijden | Maatwerk publicatie | Monitor Langdurige Zorg.

Ook het Zorginstituut rapporteert met enige regelmaat over de verblijfsduur van ouderen in verpleeghuizen. De rapporten gaat in op verschillende methoden om een gemiddelde verblijfsduur te bepalen en de beperkingen die er zijn om op grond van de beschikbare data die gemiddelden te berekenen.

U treft de rapportages van het Zorginstituut aan op: Verblijfsduur Wlz | Zorgcijfersdatabank.nl

Vraag 35:

Wat is het totale aantal spoedopnames in de verpleeghuiszorg sinds 2022 tot en met nu?

Antwoord:

Op grond van de registraties is het aantal spoedopnamen niet te bepalen. In onderstaande tabel treft u het aantal cliënten aan per prestatie waarvoor een ELV-prestatie of Wlz-spoedzorg is gedeclareerd. 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 verpleeghuisopnamen in de Wlz kunnen uiteraard een spoedeisend karakter hebben.

	2022	2023
Eerstelijnsverblijf laag complex	7.102	4.994 (t.m. sep)
Eerstelijnsverblijf hoog complex	21.629	16.809 (t.m. sep)
Eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg	7.858	6.267 (t.m. sep)
Wlz-spoedzorg VV met behandeling (Z110)	4.574	4.067 (t.m. okt)

Bron: Vektis Zorgprisma.

Vraag 36:

Hoeveel ouderen, in zowel absolute getallen als in percentage, belanden sinds 2022 tot nu met spoed op een zogenaamde normale plek in het verpleeghuis?

Antwoord:

Omdat er geen heldere criteria zijn wanneer precies sprake is van «spoed» en wat verstaan moet worden onder een «normale plek in het verpleeghuis» is op grond van de registraties niet aan te geven hoeveel ouderen in een bepaalde periode met spoed op een normale plek belanden.

Vraag 37:

Welk percentage van het zorgpersoneel in de ouderenzorg, uitgesplitst naar functie, is tevreden met de hoogte van zijn/haar salaris?

Antwoord:

Via de werknemersenquête van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) wordt aan een deel van de werknemers in de zorg gevraagd in hoeverre zij het eens zijn met de volgende stelling: «Ik krijg voldoende betaald voor het werk dat ik doe». Ruim 23% van de medewerkers binnen de branche Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT) geeft aan het (helemaal) eens te zijn met deze stelling, circa 23% geeft aan het niet mee eens/niet mee oneens te zijn en 54% geeft aan het (helemaal) mee oneens te zijn met deze stelling. Een uitsplitsing van deze resultaten naar functie is niet beschikbaar.

Vraag 38:

Hoe zag de jaarlijkse vraag naar intramurale verpleegzorgplekken eruit voor de periode 2002 tot 2022?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over deze gegevens.

Vraag 39:

Hoe zagen de jaarlijkse tekorten van intramurale verpleegzorgplekken eruit voor de periode 2002 tot 2022?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over cijfers over het jaarlijks tekort aan intramurale verpleeghuisplekken gedurende de periode 2002–2022. Er is namelijk geen registratie van het «tekort aan plaatsen» in de intramurale setting.

Vraag 40:

Wat zijn de jaarlijkse zorgkosten per individu sinds 2002 tot 2022 uitgesplitst naar verschillende leeftijdscategorieën?

Antwoord:

In de CBS-zorgrekeningencijfers worden de zorguitgaven aan beleids- en beheerorganisaties gegeven, evenals de totale zorguitgaven van 2002 tot en met 2022. De totale zorguitgaven zijn hier inclusief de zorgkosten betaald via de aanvullende verzekeringen en eigen betalingen en minus de uitgaven aan kinderopvang, delen van de jeugdzorg, de asielopvang en enkele kleinere welzijnsuitgaven omdat deze niet aan gezondheid zijn gerelateerd. De beleids- en beheerorganisaties omvatten de zorgverzekeraars, de uitvoeringsorganisaties van de zorgverzekering en de Wlz / AWBZ, de overheid (VWS, Nza, ZiNI, etc.) en fondsen op het terrein van de zorg.

In onderstaande tabel is te lezen dat in 2022 per inwoner 4,6% van de totale zorguitgaven gerelateerd zijn aan beleids- en beheer-organisaties. In 2002 was dit percentage 5,5%. Per leeftijdscategorie is dit niet beschikbaar.

	Zorguitgaven totaal		Zorguitgaven van beleids- en beheerorganisaties		Aandeel zorguitgaven van beleids- en beheerorganisaties t.o.v. het totaal	
	Uitgaven (x € mln.)	Uitgaven per inwoner	Uitgaven (x € mln.)	Uitgaven per inwoner	Uitgaven (x € mln.)	Uitgaven per inwoner
2002	48.745	3.026	2.703	168	5,5%	5,5%
2003	52.582	3.248	2.793	173	5,3%	5,3%
2004	54.700	3.364	2.840	175	5,2%	5,2%
2005	56.571	3.468	3.261	200	5,8%	5,8%
2006	59.152	3.622	3.516	215	5,9%	5,9%
2007	62.404	3.814	3.691	226	5,9%	5,9%
2008	66.592	4.058	3.579	218	5,4%	5,4%
2009	70.213	4.258	3.668	222	5,2%	5,2%
2010	73.402	4.430	3.683	222	5,0%	5,0%
2011	75.593	4.537	3.862	232	5,1%	5,1%
2012	78.309	4.681	3.761	225	4,8%	4,8%
2013	78.957	4.705	3.836	229	4,9%	4,9%
2014	80.116	4.760	3.945	234	4,9%	4,9%
2015	80.118	4.741	3.929	232	4,9%	4,9%
2016	82.021	4.830	3.902	230	4,8%	4,8%
2017	83.932	4.914	3.894	228	4,6%	4,6%
2018	87.334	5.083	4.005	233	4,6%	4,6%
2019	92.804	5.371	4.240	245	4,6%	4,6%
2020	100.535	5.775	4.700	270	4,7%	4,7%
2021	107.835	6.169	4.853	278	4,5%	4,5%
2022	107.649	6.120	4.911	279	4,6%	4,6%

Vraag 41:

Welke deel van de jaarlijkse zorgkosten per individu sinds 2002 tot 2022 werd besteed aan overheadkosten?

Antwoord:

In de CBS-zorgrekeningcijfers worden de zorguitgaven aan beleids- en beheerorganisaties gegeven, evenals de totale zorguitgaven van 2002 tot en met 2022. De totale zorguitgaven zijn hier inclusief de zorgkosten betaald via de aanvullende verzekeringen en eigen betalingen en minus de uitgaven aan kinderopvang, delen van de jeugdzorg, de asielopvang en enkele kleinere welzijnsuitgaven omdat deze niet aan gezondheid zijn gerelateerd. De beleids- en beheerorganisaties omvatten de zorgverzekeraars, de uitvoeringsorganisaties van de zorgverzekering en de Wlz / AWBZ, de overheid (VWS, Nza, ZiNI, etc.) en fondsen op het terrein van de zorg.

In onderstaande tabel is te lezen dat in 2022 per inwoner 4,6% van de totale zorguitgaven gerelateerd zijn aan beleids- en beheerorganisaties. In 2002 was dit percentage 5,5%.

	Zorguitgaven totaal		Zorguitgaven van beleids- en beheerorganisaties		Aandeel zorguitgaven van beleids- en beheerorganisaties t.o.v. het totaal	
	Uitgaven (x € mln.)	Uitgaven per inwoner	Uitgaven (x € mln.)	Uitgaven per inwoner	Uitgaven (x € mln.)	Uitgaven per inwoner
2002	48.745	3.026	2.703	168	5,5%	5,5%
2003	52.582	3.248	2.793	173	5,3%	5,3%
2004	54.700	3.364	2.840	175	5,2%	5,2%
2005	56.571	3.468	3.261	200	5,8%	5,8%
2006	59.152	3.622	3.516	215	5,9%	5,9%
2007	62.404	3.814	3.691	226	5,9%	5,9%
2008	66.592	4.058	3.579	218	5,4%	5,4%
2009	70.213	4.258	3.668	222	5,2%	5,2%
2010	73.402	4.430	3.683	222	5,0%	5,0%
2011	75.593	4.537	3.862	232	5,1%	5,1%
2012	78.309	4.681	3.761	225	4,8%	4,8%
2013	78.957	4.705	3.836	229	4,9%	4,9%
2014	80.116	4.760	3.945	234	4,9%	4,9%
2015	80.118	4.741	3.929	232	4,9%	4,9%
2016	82.021	4.830	3.902	230	4,8%	4,8%
2017	83.932	4.914	3.894	228	4,6%	4,6%
2018	87.334	5.083	4.005	233	4,6%	4,6%
2019	92.804	5.371	4.240	245	4,6%	4,6%
2020	100.535	5.775	4.700	270	4,7%	4,7%
2021	107.835	6.169	4.853	278	4,5%	4,5%
2022	107.649	6.120	4.911	279	4,6%	4,6%

Bron: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84053NED/table?dl=9CACF>

Vraag 42:

Hoeveel fte kan er naar schatting worden bespaard met de inzet van de huidige bestaande zorgtechnologieën, zoals de medicijndispenser of de robotkat, en wat is de onderbouwing van deze arbeidsbesparing?

Antwoord:

Uit het rapport «*Uitweg uit de schaarste*» van Gupta Strategist volgt dat passende inzet van bestaande zorgtechnologie de potentie heeft om 110.000 zorgmedewerkers vrij te spelen. Daarbij is anders werken en organiseren binnen en tussen zorgpartijen vaak een voorwaarde. Onder de meegenomen technologieën vallen ook de medicijndispenser en de inzet van sociale robotica, zoals de robotkat. Daarnaast heeft SIRM de potentiële opbrengsten van digitalisering van zorg voor 30 digitale zorgtoepassingen in beeld gebracht. SIRM concludeert dat een groot potentieel kan worden behaald als het beleid in het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) slaagt. SIRM schat in dat met de onderzochte vormen van digitale zorgverlening en passende inzet en minimale productiviteitsverbetering van 27.000 fte in 2028 haalbaar is. Het onderzoek is op 22 december 2023 als bijlage bij de voortgangsbrief over het programma WOZO aangeboden aan uw Kamer (Kamerstukken II 2023/24 29 389, 123 (blg-1122409)). Het is belangrijk om hierbij te benadrukken dat zorgtechnologie passend moet worden ingezet omdat dit anders bij foutieve inzet juist extra werk kan opleveren.

Onderbouwing van arbeidsbesparingen komt voort uit onderzoek bij implementaties. Veel kennis hierover is onder meer beschikbaar via www.vindplaats.nu van het Platform Transformatie naar digitale en hybride zorg en ondersteuning. Of via de Kennisbank Digitale Zorg van Vilans.

Vraag 43:

Wat zijn de risico's van de inzet van arbeidsbesparende technologieën op de aantrekkelijkheid van het zorgberoep?

Antwoord:

Arbeidsbesparende technologieën in de zorg kunnen bij passende inzet veel opleveren voor burgers, cliënten en mantelzorgers. Voor zorgprofessionals kan het meer ruimte geven voor werkplezier of ontwikkeling. En ontzorgen bij zware of minder uitdagende activiteiten zoals regeldruk of fysieke belasting. Er zijn echter ook risico's aan verbonden als de technologie niet passend wordt ingezet zoals het verlies van gewenst persoonlijk fysiek contact of het niet beschikken over de juiste vaardigheden om met de technologieën om te gaan. Het is hierbij essentieel om de menselijke factor niet uit het oog te verliezen en technologie te zien als een aanvulling op, of ondersteuning van menselijke zorg. Het Ministerie van VWS stimuleert daarom het draagvlak en de betrokkenheid van medewerkers bij de implementatie van zorgtechnologie en biedt financiële steun voor opleidingen. Ook ondersteunt het Ministerie van VWS de coalitie «Digivaardig in de Zorg» om zorgorganisaties meer bewust te maken van de uitdaging digitale vaardigheden en hun handvatten te bieden om medewerkers te begeleiden bij het digivaardig worden.

Vraag 44:

Hoeveel winst werd er sinds 2006 jaarlijks uitgekeerd door zorgaanbieders?

Antwoord:

In de Wet toelating zorginstellingen is voor zorginstellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat uit hoofde van de Zorgverzekeringswet of de Wet Langdurige Zorg, 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.⁵ 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.⁶ 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.»

⁵ 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.

⁶ SiRM en Finance Ideas, juni 2019, Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, Utrecht.

Vraag 45:

Hoeveel winst werd er sinds 2006 jaarlijks in totaal gemaakt met zorggeld?

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 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 ¹	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
GGZ met overnachting	168	104	144	77	197	130	221	83
Gehandicaptenzorg	305	249	308	232	190	334	350	210
Jeugdzorg met overnachting	22	28	36	8	-9	25	16	-
Maatschappelijke opvang (24-uurs)	33	-12	43	55	-4	65	121	-
Ambulante jeugdzorg	3	12	-3	8	11	7	24	-
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	322	163	504	592	546	710	682	380

¹ Voorlopige cijfers.

Bron: CBS Statline, tabel Zorginstellingen; financiën en personeel

Vraag 46:

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 47:

Hoeveel ziekenhuizen en ziekenhuislocaties zijn er sinds 2010 in Nederland gesloten? Kunt u een lijst geven van deze ziekenhuizen en locaties?

Antwoord:

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

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

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

	Algemene ziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie wijzigingen algemene ziekenhuizen	Academische ziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie wijzigingen academische ziekenhuizen	Kinderziekenhuizen (locatieniveau)	Locatie namen kinderziekenhuizen	Buitenpoli's (locatieniveau)
2023	98		8		7		147

¹ In de tijd van 11 locaties werden kinderziekenhuizen nog niet apart werden 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.

Dit overzicht per jaar is tot stand gekomen op basis van handmatige inventarisaties. Er bestaat namelijk geen eenduidige bron waarmee we de jaarlijkse update kunnen verzorgen op de website vzinvo.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 buitenpolikliniek.

Bron: <https://www.vzinvo.nl/ziekenhuiszorg#node-algemene-en-academische-ziekenhuizen>

Vraag 48:

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

Antwoord:

In onderstaande tabel staat het aantal spoedeisende hulp locaties (SEH's) in Nederland van 2011 t/m 2023 en staan de namen van gesloten SEH's. Over 2010 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 «gesloten» 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 (vzinvo.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 tov 2022.

Bron: RIVM

Vraag 49:

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

Antwoord:

In de onderstaande tabel staat het aantal locaties met 24/7 aanbod van acute verloskunde. Het RIVM houdt bij hoeveel locaties er zijn met aanbod van acute verloskunde die voldoen aan een aantal criteria. Eén van die criteria is het 24/7 beschikbaar hebben van het aanbod. Het RIVM houdt niet bij waar er locaties zijn die wel acute verloskunde aanbieden, maar niet 24/7. Waar sprake is van sluiting van het aanbod van acute verloskunde op een bepaalde locatie is veelal sprake van verplaatsing van het aanbod naar een andere locatie van hetzelfde ziekenhuis. Een kaart met

alle actueel geopende acute verloskunde locaties is te vinden op Acute zorg | Regionaal | Acute verloskunde | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl).

	Aantal locaties met acute verloskunde ¹	Naam van gesloten acute verloskunde locaties
2015 ²	84	
2016	81	Hengelo ZGT, Amsterdam Slotervaart, Roosendaal Bravis
2017	81	Leiden Alrijne ziekenhuis, Sittard-Geleen Zuyderland. Daarnaast waren er twee ziekenhuizen die in de inventarisatie van 2014 niet aan de criteria voor acute verloskunde voldeden en vanaf 2017 wel.
2018	80	Emmen Scheper ziekenhuis, Tilburg ETZ locatie Tweesteden, Woerden St. Antonius ziekenhuis. Het St. Antoniusziekenhuis in Utrecht en het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal bieden op het peilmoment in april 2018 wel acute verloskunde, terwijl ze dat in 2017 niet deden.
Maart 2019	75	Lelystad MC IJsselmeer, Purmerend Dijklander, Nieuwegein St. Antoniusziekenhuis, Hoofddorp Spaarne Gasthuis, Stadskanaal Refaja, Hoogeveen Bethesda. Emmen Scheper ziekenhuis biedt wel weer acute verloskunde aan.
Maart 2020	74	Den Haag HMC Bronovo
Maart 2021	75	Het Ziekenhuis Amstelland in Amstelveen is overgegaan van dag/avond aanbod in 2020 naar 24/7-uurs aanbod in 2021.
Maart 2022	74	Amsterdam AUMC locatie VUMC
April 2023	72	Schiedam Franciscus Vlietland, Zutphen Gelre

¹ Volgens criteria waaronder 24/7 aanbod.

² Voor de jaren tot 2014 is door RIVM niet expliciet gevraagd naar het aanbod acute verloskunde volgens de criteria. Destijds is gevraagd of de SEH van een ziekenhuis «8 poortspecialismen aanbiedt», acute verloskunde was 1 van die 8 poortspecialismen. Vanaf 2014 is de uitvraag specifiek, met uitvraag naar aanwezigheid en beschikbaarheid van professionals en team. Daarom zijn de cijfers voor 2014 niet helemaal vergelijkbaar met de aantallen na 2014.

Vraag 50:

Hoeveel ziekenhuisafdelingen zijn er sinds 2010 in Nederland in totaal gesloten? Kunt u een overzichtslijst geven van deze ziekenhuisafdelingen?

Antwoord:

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

Vraag 51:

Hoeveel geld wordt er vanaf volgend jaar de komende jaren besteed aan transgenderzorg?

Antwoord:

In het antwoord op deze vraag wordt onderscheid gemaakt tussen de uitgaven uit de begroting van VWS en Zwv-premiegerelateerde uitgaven. Op de VWS-begroting is voor transgenderzorg voor de komende jaren tussen de € 1,6 miljoen en € 1,8 miljoen opgenomen. Deze middelen zijn grotendeels begroot voor een subsidieregeling die het voor transvrouwen mogelijk maakt om eenmalig een subsidie aan te vragen voor borstprothesen. Daarnaast wordt ingezet op activiteiten rondom coördinatie van de transgenderzorg, voorlichting en ondersteuning.

Ook zijn er de zorgkosten die worden vergoed uit de Zvw-premies. De behandeling van genderincongruentie maakt deels onderdeel uit van het basispakket. In de beantwoording van de vragen en opmerkingen uit het schriftelijk overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 december 2023 inzake de brief rondom twee onderzoeksrapporten op het gebied van de transgenderzorg, (kamerstuk 31 016, nr. 365) staat op pagina 30 toegelicht onder welke voorwaarden er bij genderincongruentie aanspraak gemaakt kan worden gemaakt op behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Ministerie van VWS heeft geen overzicht van hoeveel geld zorgverzekeraars hieraan uitgeven.

Vraag 52:

Kunt u een overzicht geven van de gemiddelde zorgkosten per inwoner van zoveel mogelijk Europese Unie (EU)-landen en van het Verenigd Koninkrijk?

Antwoord:

De tabel hieronder geeft een overzicht van de gemiddelde zorgkosten per inwoner in de EU-landen en het Verenigd Koninkrijk voor het jaar 2021 (recentere cijfers zijn niet voor alle landen beschikbaar). Zonder te corrigeren voor koopkracht betalen inwoners van vijf andere EU-landen meer aan zorg dan inwoners in Nederland. Als de zorguitgaven gecorrigeerd worden voor koopkracht dan heeft, op Duitsland en Oostenrijk na, Nederland de hoogste gemiddelde zorguitgaven per inwoner in de EU en het VK.

Onder totale zorguitgaven wordt verstaan alle activiteiten van gezondheidszorg, onafhankelijk of deze binnen of buiten de gezondheidszorg plaatsvinden. Deze uitgaven worden berekend o.b.v. zorgrekeningen, die ook activiteiten omvatten zoals jeugdzorg, welzijnswerk, maatschappelijke dienstverlening en kinderopvang. Daarnaast bevat het ook uitgaven voor en door niet-ingezetenen. De kosten voor de langdurige zorg worden echter beperkt meegenomen omdat de Wmo kosten niet worden meegeteld.

Gemiddelde zorguitgaven per inwoner in Euro's (2021)

	Uitgaven per inwoner in Euro's	Gecorrigeerd voor koopkracht
België	4.790	4.166
Bulgarije	884	1.707
Tsjechië	2.152	2.992
Denemarken	6.223	4.323
Duitsland	5.599	5.156
Estland	1.770	2.116
Ierland	5.689	3.883
Griekeland	1.577	1.873
Spanje	2.734	2.769
Frankrijk	4.542	4.200
Kroatië	1.195	1.786
Italië	2.837	2.791
Cyprus	2.515	2.685
Letland	1.612	2.113
Litouwen	1.568	2.312
Luxemburg	6.402	4.180
Hongarije	1.171	1.865
Malta	3.064	3.429
Nederland	5.511	4.567
Oostenrijk	5.486	4.661
Polen	983	1.732
Portugal	2.308	2.628
Roemenië	817	1.662
Slovenië	2.351	2.668
Slowakije	1.428	1.742
Finland	4.590	3.547
Zweden	5.813	4.198
Verenigd Koninkrijk (2019)	3.839	3.062

Data is gedownload op 14/12/2023 NB: deze data wordt voortdurend geactualiseerd.

Bron: Eurostat 2023

Vraag 53:

Kunt u een overzicht geven van de gemiddelde zorguitgaven (dus inclusief premies, eigen risico, eigen betalingen en uitgaven aan onverzekerde zorg, maar exclusief collectieve financiering zoals de IAB) per inwoner van zoveel mogelijk EU-landen en van het Verenigd Koninkrijk?

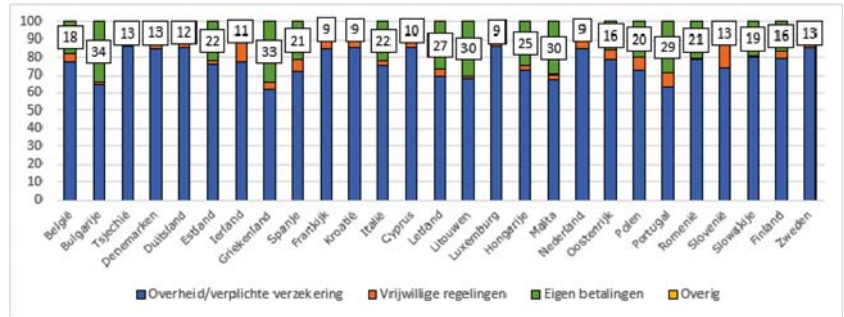
Antwoord:

Internationale vergelijkingen drukken de gemiddelde zorguitgaven aan eigen betalingen (dus excl. collectieve financiering) gebruikelijk uit als percentage van de totale zorgkosten. Desalniettemin geven wij ook de gemiddelde zorguitgaven per inwoner weer in de tabel.

De figuur hieronder geeft weer dat in Nederland relatief veel van de totale zorgkosten collectief wordt gedekt door de overheid of middels een verplichte verzekering (85%). Dit is vergelijkbaar met andere EU-landen.

De eigen betalingen maken ongeveer 9% uit van de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland. Dit is relatief laag ten opzichte van de andere EU-landen. Het aandeel dat wordt gedekt door vrijwillige regelingen is in Nederland relatief gemiddeld in relatie tot de andere landen. Net als alle andere landen is het aandeel van de vrijwillige regelingen relatief laag ten opzichte van de andere type financieringen. Nederland scoort in de middenmoot wat betreft de gemiddelde zorguitgaven aan eigen betalingen per inwoner uitgedrukt in euro's, zie de tabel. (De eigen betalingen zijn inclusief eigen risico, vrijwillig eigen risico en eigen bijdrage Wlz/Wmo. Verplichte en vrijwillige premies voor verzekeringen vallen hier niet onder. Ter verduidelijking, dit is inclusief eigen bijdragen voor bepaalde medicijnen en hulpmiddelen, voor kraamzorg en ziekenvervoer (buiten eigen risico). Fysiotherapie zit deels in de Zvw en daardoor worden deze kosten ook meegenomen. Mondzorg alleen voor kinderen wordt ook meegenomen. Medicijnen vallen buiten het verzekerde pakket.)

Type financiering als percentage van de totale zorgkosten, 2021



Data is gedownload op 14/12/2023. Let op: deze data wordt voortdurend geactualiseerd.
Bron: Eurostat 2023

Gemiddelde zorguitgaven aan eigen betalingen per inwoner in euro's (2021)

	Uitgaven aan eigen betalingen per inwoner in euro's	Gecorrigeerd voor koopkracht per inwoner in euro's
België	855	744
Bulgarije	300	580
Tsjechië	274	381
Denemarken	784	545
Duitsland	674	621
Estland	391	467
Ierland	608	415
Griekenland	526	624
Spanje	574	581
Frankrijk	405	375
Kroatië	112	168
Italië	621	611
Cyprus	250	266
Letland	435	570
Litouwen	473	697
Luxemburg	570	372
Hongarije	288	460
Malta	909	1.017
Nederland	517	428
Oostenrijk	866	735
Polen	195	344
Portugal	669	762
Roemenië	171	348
Slovenië	303	344
Slowakije	277	338
Finland	742	574
Zweden	761	549

Data is gedownload op 14/12/2023. Let op: deze data wordt voortdurend geactualiseerd.
Bron: Eurostat 2023

Vraag 54:

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

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft inzicht in de ontwikkeling van de nominale premie als percentage van het modale inkomen.

Tabel. Ontwikkeling nominale Zvw-premie als percentage van het modale inkomen, 2006-2024

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
3,5%	3,7%	3,3%	3,3%	3,4%	3,7%	3,8%	3,8%	3,3%	3,7%	3,6%	3,8%	3,8%	4,0%	3,9%	4,0%	3,9%	4,0%	4,0%

Vraag 55:

Wat zijn de kosten van alle publiekscampagnes en voorlichtingscampagnes die het Ministerie van VWS de afgelopen vijf jaar heeft uitgevoerd?

Antwoord:

In de periode 2018 tot en met 2022 bedroegen de uitgaven voor alle publiekscampagnes die door het Ministerie van VWS zijn uitgevoerd € 111,5 miljoen (inclusief BTW). De uitgaven zijn als volgt verdeeld:

- 2018: € 9,7 miljoen
- 2019: € 16,2 miljoen
- 2020: € 31,9 miljoen
- 2021: € 38,8 miljoen
- 2022: € 14,8 miljoen

Dit is inclusief de campagne «Alleen samen krijgen wij corona onder controle» en de corona-vaccinatiecampagne van 2020 tot en met 2022. Alhoewel de totale uitgaven van 2023 nog niet bekend zijn, is de verwachting dat deze aanmerkelijk minder bedragen dan voorgaande jaren.

Vraag 56:

Hoeveel wordt er in totaal aan dak- en thuisloosheid besteed in 2023? Kunt u een overzicht geven van de gelden van de afgelopen vijftien jaar voor deze doelgroep?

Antwoord:

Hieronder staat een tabel met de hoogte van de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang vanaf 2010. In 2020 en 2021 is incidenteel € 200 miljoen beschikbaar gesteld voor de aanpak «Een (t)huis, een toekomst», waarvan het grootste deel verstrekt is aan gemeenten via de decentralisatie uitkering aanpak dakloosheid. In 2022 zijn door het huidige demissionaire Kabinet structurele regeerakkoordmiddelen beschikbaar gesteld voor de uitvoering van het Nationaal Actieplan Dakloosheid, dit bedraagt € 65 miljoen. Hiervan is ook het grootste deel beschikbaar gemaakt voor centrumgemeenten via de decentralisatie uitkering aanpak dakloosheid. De overige middelen van zowel de € 200 als de € 65 miljoen zijn ingezet voor landelijke subsidies en opdrachten in het kader van dakloosheid. De decentralisatie uitkering is onderdeel van het gemeentefonds en daarvoor geldt beleids- en bestedingsvrijheid. Hieronder worden dus de beschikbaar gestelde middelen vanuit het Rijk weergegeven en betreffen expliciet niet de uitgaven van gemeenten aan dak- en thuisloosheid.

Jaar	Decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang (afgerond op mln. euro's) ¹	Extra gelden aanpak dakloosheid (Decentralisatie-uitkering aanpak dakloosheid)
2010	€ 308 mln.	
2011	€ 307 mln.	
2012	€ 299 mln.	
2013	€ 301 mln.	
2014	€ 299 mln.	
2015	€ 385 mln.	
2016	€ 385 mln.	
2017	€ 385 mln.	
2018	€ 385 mln.	
2019	€ 385 mln.	
2020	€ 385 mln.	€ 73 mln.
2021	€ 385 mln.	€ 123 mln.
2022	€ 385 mln.	€ 62 mln.
2023	€ 385 mln.	€ 62 mln.

¹ Decentralisatie-uitkeringen genereren ook accres, een indexatie voor loon-, prijs- en volumeontwikkelingen. De indexatie wordt toegevoegd aan de algemene uitkering en is daarom niet apart inzichtelijk. De bovenstaande bedragen zijn dus exclusief indexatie weergegeven.

Vraag 57:

Welke potentiële kopers heeft u op het oog voor Intravacc en hoeveel moet het opleveren?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft uw Kamer op 28 december 2023 (Kamerstukken II, 34 951, nr. 15) geïnformeerd over het voorgenomen besluit over de verkoop van de aandelen Intravacc B.V aan het Nederlandse bedrijf FDI Biosciences B.V. Met FDI Biosciences B.V. is overeengekomen de aandelen te verkopen en over te dragen als aan de resterende voorwaarden die zijn gesteld, is voldaan. Bij de overdracht van de aandelen zal het Ministerie van VWS uw Kamer nader informeren.

Vraag 58:

Hoe groot waren de totale onderuitputtingen op de VWS-begroting jaarlijks sinds 2020?

Antwoord:

In onderstaande tabel is de onderuitputting op de VWS-begroting, uitgavenplafond Rijksbegroting (exclusief uitgaven aan Covid-19 en Oekraïne) gepresenteerd zoals vermeld in de Financieel Jaarverslagen Rijk.

<i>Jaarverslag (2^e suppletoire wet + slotwet)</i>	
2020	€ 273 miljoen
2021	€ 46 miljoen
2022	€ 365 miljoen
2023 ¹	€ 225 miljoen

¹ 2023 is alleen de 2^e suppletoire wet.

Vraag 59:

Wat is de ontwikkeling van de zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het bbp in de jaren 2010–2023 volgens de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)? Wat is de prognose voor de jaren 2024–2028? 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.

jaar	Geneeskundig en langdurige zorg		Zorg en welzijn (brede definitie van zorg)	
	uitgaven x € mln.	uitgaven als % BBP	uitgaven x € mln.	uitgaven als % BBP
2010	77.085	12,0%	85.790	13,4%
2011	79.455	12,3%	88.125	13,6%
2012	82.070	12,6%	90.622	13,9%
2013	82.793	12,6%	90.954	13,8%
2014	84.061	12,5%	91.927	13,7%
2015	84.047	12,2%	92.323	13,4%
2016	85.923	12,1%	94.842	13,4%
2017	87.826	11,9%	96.972	13,1%
2018	91.339	11,8%	101.031	13,1%
2019	97.044	11,9%	107.429	13,2%
2020	105.235	13,2%	116.381	14,6%
2021	112.688	12,9%	124.691	14,3%
2022	112.560	11,8%	126.197	13,2%

Bron: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?dl=9CC30>

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. Ten behoeve van het WRR-rapport «Kiezen voor houdbare zorg» hebben het CPB en het RIVM onder allerlei aannames, toekomstprojecties opgesteld voor zorguitgaven waarin toekomstig beleid nadrukkelijk niet is meegenomen. In de twee onderscheiden scenario's komen zij uit op een zorgquote, de zorguitgaven als percentage van het BBP, van 15,7% resp. 16,8% in 2030, uitgaande van de brede CBS-definitie.

Vraag 60:

Wat is de ontwikkeling van de zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het bbp in de jaren 2010–2023 volgens de RIVM-definitie van zorgkosten? Wat is de prognose voor de jaren 2024–2028? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoord:

In aanvulling op het antwoord op vraag 59 wordt hier onder de RIVM-definitie verstaan de uitgaven voor gezondheidszorg volgens de internationale definitie die is gebaseerd op de «system of health accounts (SHA)».

Gezondheidszorg volgens de internationale definitie

jaar	uitgaven x € mln.	uitgaven als % BBP
2010	64.910	10,2%
2011	66.555	10,2%
2012	68.816	10,5%
2013	69.901	10,6%
2014	70.964	10,6%
2015	71.236	10,3%
2016	72.918	10,3%
2017	74.614	10,1%
2018	77.553	10,0%
2019	82.447	10,1%
2020	89.285	11,2%
2021	96.619	11,1%
2022	96.028	10,0%

<https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84047NED/table?dl=9CC63>

Op basis van deze definitie is er geen prognose bekend over de verwachte zorgkosten in relatie tot de ontwikkeling van het bbp.

Vraag 61:

Wat is de ontwikkeling van het Uitgavenplafond Zorg in relatie tot de ontwikkeling van het bbp in de jaren 2010–2023? Wat is de prognose voor de jaren 2024–2028? Kunt u dit in een tabel weergeven?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan de netto zorguitgaven onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) in relatie tot de ontwikkeling van het bruto binnenlands product (BBP) in de jaren 2010–2023 en de prognose voor de jaren 2024–2028.

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 onder het UPZ (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg uit het UPZ in 2019) en door statistische vertekeningen, zoals in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz.

Ontwikkeling netto zorguitgaven in relatie tot ontwikkeling BBP 2010–2028 (bedragen x € 1 miljard)

	Basisjaar 2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ¹
Netto zorguitgaven UPZ (€)	59	61	64	64	64	64	66	63
Groei van de netto zorguitgaven (€)		2	3	0	0	-1	2	-3
Groei van de netto zorguitgaven (%)		3%	5%	0%	0%	-1%	3%	-5%
BBP (€)	639	650	653	661	672	690	708	738
Groei BBP (€)		11	3	8	11	18	18	30
Groei BBP (%)		2%	0%	1%	2%	3%	3%	4%
Netto zorguitgaven UPZ / BBP (%)	9%	9%	10%	10%	10%	9%	9%	8%

¹ Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren.

2018 ¹	2019	2020	2021 ²	2022	2023 ³	2024	2025	2026	2027	2028
66	70	74	76	82	88	98	103	109	115	121
3	4	4	2	5	6	10	5	6	6	6
5%	6%	6%	3%	7%	8%	11%	5%	6%	3%	3%
774	813	797	871	959	1.028	1.078	1.116	1.162	1.207	1250
36	39	- 16	74	88	69	50	38	46	45	43
5%	5%	- 2%	9%	10%	7%	5%	4%	4%	4%	4%
8%	9%	9%	9%	9%	9%	10%	10%	10%	10%	10%

¹ Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren.

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.

³ Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2^e suppletore wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e suppletore wet nieuwere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de MSZ-cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2^e suppletore wet, omdat deze bijstelling budgettair verwerkt zal worden in het aankomende VWS jaarverslag.

Bron: VWS- en CPB-cijfers

Vraag 62:

Hoe verhoudt de ontwikkeling van de zorgkosten tussen 2010 en 2023 zich tot de voorspellingen die eerder waren gedaan over de stijging van de zorgkosten in die periode?

Antwoord:

De ontwikkeling van de zorgkosten tussen 2010 en 2023 te opzichte van de voorspellingen blijkt uit de over- en onderschrijding van het Uitgavenplafond Zorg (UPZ). In onderstaande tabel zijn de over- en onderschrijdingen opgenomen over deze periode. De over- en onderschrijdingen zijn de optelsom van de over- en onderschrijdingen van de voorjaarsnota, ontwerpbegroting, najaarsnota en het jaarverslag.

Het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) wordt aan het begin van een nieuw kabinet voor de kabinetsperiode vastgesteld. Het Uitgavenplafond Zorg wordt alleen conform de begrotingsregels bijgesteld voor loon- en prijsontwikkelingen en overboekingen tussen de Uitgavenplafonds Zorg, Rijksbegroting en Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt (SZA). Het UPZ is gebaseerd op een zo goed mogelijke raming van de zorguitgaven van zorgkantoren en zorgverzekeraars. Hiervoor wordt o.a. gebruik gemaakt van de onafhankelijke (zorg)ramingen van het CPB, net zoals bij andere sectoren van de Rijksoverheid. In de CPB-raming worden de onderschrijdingen van de afgelopen jaren meegenomen.

Gedurende de kabinetsjaren kunnen er echter ontwikkelingen bij de zorguitgaven van zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn, waardoor de daadwerkelijke zorguitgaven afwijken van de raming. Dit gebeurt in de voorjaarsnota, ontwerpbegroting, najaarsnota en jaarverslag. Dit is hetzelfde proces als de uitgaven bij andere sectoren binnen de Rijksoverheid. Hierdoor kunnen onder- of overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg ontstaan.

Bij het volgende kabinet zal op basis van de meest actuele inzichten weer een nieuw Uitgavenplafond Zorg worden vastgesteld.

Over- en overschrijdingen Uitgavenplafond Zorg 2010–2023 (Bedragen x € 1 miljard)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ¹
Over- en overschrijding ²	2	2	1	-1	-2	-1	-2	-3	-2	-1	-1	0	-1	-2

¹ Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2^e suppletore wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e suppletore wet nieuwere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2^e suppletore wet, omdat deze bijstelling budgettair verwerkt zal worden in het aankomende VWS jaarverslag.

² Dit betreft het totaalbedrag aan over- en overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg van de Voorjaarsnota, Ontwerpbegroting, Najaarsnota en het Jaarverslag bij elkaar opgeteld.

Bron: voor 2014 t/m 2022 de VWS-jaarverslagen, voor 2023 de 2^e suppletore begroting.

Vraag 63:

Hoe groot is het huidige tekort aan intensive care (ic)-verpleegkundigen? Wat is de verwachting voor de jaren 2024–2028?

Antwoord:

Het aantal vacatures voor ic-verpleegkundigen was 274 fte per 31-12-2022. De vacaturegraad in 2023 is daarmee 7,4% (verhouding tussen aantal fte vacatures en aantal fte werkzaam). Daarmee is de vacaturegraad gedaald ten opzichte van 2022. Zie tabel A hieronder.

Tabel A: Vacaturegraad ic-verpleegkundigen

	2019	2020	2021	2022	2023
IC-verpleegkundige	8,3%	8,5%	7,2%	9%	7,4%

Bij het realiseren van de instroomaantallen voor de IC opleiding (en de instromers hun opleiding succesvol afronden) sluiten vraag en aanbod in 2029 op elkaar aan. De laatste jaren zijn de instroomaantallen echter niet gehaald, zie ook tabel B hieronder. Sinds 2014 is er sprake van een stijgende instroom, met de hoogste instroom in het jaar 2021. In 2022 is er sprake van een daling. Wanneer de instroom op het huidige niveau blijft en er geen extra maatregelen worden genomen, is de prognose dat het tekort in 2028 571 fte bedraagt.

Tabel B: Instroom in opleiding IC-verpleegkundige

Opleiding / instroom	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Advies Capaciteits- orgaan 2022 instroom per jaar
IC-verpleegkundige	225	439	405	432	429	448	532	459	791

Extra maatregelen die worden genomen zijn onder andere:

1. Om ziekenhuisopleidingen te vernieuwen en te flexibiliseren is in 2018 gestart is met CZO Flex. VWS heeft dit project gesubsidieerd.
2. Verpleegkundige vervolgoopleidingen kunnen sinds 2023 modulair worden aangeboden.
3. In 2020 is vervroegd gestart met de modulaire Basis Acute Zorg (BAZ-) opleiding, omdat het acute cluster (bestaande uit o.a. IC, SEH, ambulance) kampte met grote personeelstekorten als gevolg van de toegenomen zorgvraag door de coronapandemie. Verpleegkundigen met een BAZ-diploma kunnen relatief eenvoudig doorstromen of overstappen naar een specialisatie in het acute cluster, waaronder ic-verpleegkundige.

Vraag 64:

Wat is het huidige tekort aan intensivisten? Wat is de verwachting voor de jaren 2024–2028?

Antwoord:

Het beroep van intensivist is geen geneeskundig specialisme zoals erkend door het College Geneeskundig Specialismen. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) die verantwoordelijk is voor de (her)registratie van geneeskundig specialisten houdt hiervan dan ook geen register bij.

Vraag 65:

Tot hoeveel operationele bedden kan de ic op dit moment worden opgeschaald in geval van een pandemie, ramp of terreuraanslag? Wat is de verwachting voor de jaren 2024–2028?

Antwoord:

In geval van een acuut oplopende zorgvraag gelden de afspraken uit het LNAZ coördinatie- en opschalingsplan⁷. Het Ministerie van VWS heeft uw Kamer in oktober 2023⁸ geïnformeerd over de stappen die samen met het zorgveld worden gezet om de flexibele inzetbaarheid van IC-capaciteit ook in de toekomst te kunnen blijven garanderen.

Het is van belang dat wanneer we in de komende periode te maken krijgen met een grotere zorgvraag, een opschaling tot 1150 IC-bedden gegarandeerd kan worden. Hiertoe zet het Ministerie van VWS in op de mogelijkheden van een tijdelijke subsidieregeling ten behoeve van de instandhouding van een fysieke infrastructuur tot 1700 IC-bedden. Randvoorwaardelijk voor deze subsidieregeling is dat deze uitvoerbaar, rechtmatig en doelmatig binnen de financiële mogelijkheden kan worden vormgegeven.

Vraag 66:

Hoe groot is het huidige tekort aan ambulancepersoneel? Wat is de verwachting voor de jaren 2024–2028?

Antwoord:

Het aantal vacatures van ambulanceverpleegkundigen was 111 fte per 31-12-2022. De vacaturegraad in 2023 was daarmee 5,2% (verhouding tussen aantallen fte vacatures en aantal fte werkzaam). Begin 2020 was de vacaturegraad 7,4% en in 2022 was deze 4,7%. De vacaturegraad is dus na twee jaar daling weer iets gestegen. Zie ook tabel A hieronder. Wanneer de instroomaantallen voor de opleiding gehaald worden (en de instromers hun opleiding succesvol afronden), is de verwachting dat er in 2029 evenwicht is tussen vraag en aanbod. De laatste jaren worden die instroomaantallen echter niet gehaald, zie ook tabel B hieronder. Wanneer de instroom op het huidige niveau blijft, is de schatting dat het tekort in 2028 is opgelopen tot 174 fte.

In dit kader is het ook goed om te weten dat er, om ziekenhuisopleidingen te vernieuwen en te flexibiliseren, in 2018 gestart is met CZO Flex Level. VWS subsidieert het project. De verpleegkundige vervolgoopleidingen worden geflexibiliseerd door ze op te bouwen uit modules. In 2020 is vervoegd gestart met de Basis Acute Zorg (BAZ-)opleiding, omdat het acute cluster (IC, SEH, Ambulance en Cardiac care) kampte met grote personeelstekorten als gevolg van de toegenomen zorgvraag door de coronapandemie. Verpleegkundigen met een BAZ-diploma kunnen relatief eenvoudig doorstromen of overstappen naar een specialisatie in het acute cluster, waaronder ambulanceverpleegkundige.

⁷ https://www.lnaz.nl/cms/files/221223_coordinatie_en_opschalingsplan_covid-19_def.pdf

⁸ Kamerstukken II 2022/23, 31 765, nr. 814

Tabel A: Vacaturegraad ambulanceverpleegkundigen

	2020	2021	2022	2023
Ambulanceverpleegkundige	7,4%	6,4%	4,7%	5,2%

Tabel B: Instroom in opleiding ambulanceverpleegkundige

Opleiding / instroom	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Advies Capaciteitsorgaan 2022 instroom per jaar
Ambulance-verpleegkundigen	120	142	169	179	172	186	190	179	224

Vraag 67:

Wat is het huidige tekort aan personeel op de spoedeisende hulpdiensten?
Wat is de verwachting voor de jaren 2024–2028?

Antwoord:

Het aantal vacatures van SEH-verpleegkundigen was 137 fte per 31-12-2022. De vacaturegraad was daarmee 6,1%. In 2020 was de vacaturegraad 6,9% en deze is daarmee licht gedaald. Zie ook tabel A hieronder. De laatste jaren waren de instroomaantallen in de opleiding hoger dan het advies van het Capaciteitsorgaan, zie ook tabel B hieronder. Wanneer de instroom op het huidige niveau blijft (en de instromers hun opleiding succesvol afronden), is de schatting dat het tekort in 2029 is weggewerkt. Wat betreft de artsen spoedeisende geneeskunde (SEH-artsen) geldt dat er op 1 januari 2022 een tekort was van 69 fte. Doordat de komende jaren artsen vanuit de opleiding het werkveld betreden, loopt dit tekort terug tot 48 fte in 2028. In tabel C is het aantal openstaande vacatures van de SEH-artsen opgenomen. Hieruit blijkt dat het aantal openstaande vacatures na een piek in het derde kwartaal van 2022, weer een dalende lijn laat zien. Het advies van het Capaciteitsorgaan is gericht op een evenwicht in zorgvraag en aanbod in 2040. Om daar te komen wordt een jaarlijkse instroom van 42 SEH-artsen geadviseerd. Dit advies is door het kabinet overgenomen.

Tabel A: Vacaturegraad SEH-verpleegkundigen

	2018	2020	2022
SEH-verpleegkundige	5,6%	7,5%	6,1%

Tabel B: Instroom in opleiding SEH-verpleegkundige

Opleiding / instroom	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Advies Capaciteitsorgaan 2022 instroom per jaar
SEH-verpleegkundige	204	243	343	399	382	368	321	434	351

Tabel C: Vacatures SEH-artsen

	2022-Q1	2022-Q2	2022-Q3	2022-Q4	2023-Q1
SEH-Arts	152	184	194	168	131

Vraag 68:

Hoe groot is het huidige tekort aan tandartsen? Wat is de verwachting voor de jaren 2024–2028?

Antwoord:

Uit deelrapport 3b van het Capaciteitsplan 2024–2027 van het Capaciteitsorgaan volgt dat er in bepaalde regio's in Nederland een tekort aan

tandartsen is. 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 tandheilkundige vraag onder jongeren en ouderen en toename van de behandelopties door digitalisering.

Vraag 69:

Hoe groot is het huidige personeelstekort in de zorg? Hoe heeft dit tekort zich sinds 2010 ontwikkeld? Wat is de verwachting voor de jaren 2024–2028?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten in de zorg. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2023. De tekorten op de arbeidsmarkt worden niet van jaar op jaar gemeten. Een indicatie over de tekorten in het verleden is te vinden in de vacaturegraad. Zie hiervoor het antwoord op vraag 262.

In onderstaande tabel is weergegeven wat de verwachte tekorten in 2024–2028 zijn bij ongewijzigd beleid. Het gaat hier om tekorten aan werknemers die werken bij een organisatie in de sector Zorg en Welzijn.

Verwachte tekorten 2024–2028

	Aantallen
2024	50.200
2025	54.900
2026	64.500
2027	79.200
2028	94.900

Bron: ABF Research, Prognosemodel Zorg en Welzijn.

Vraag 70:

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 2022 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's voor de jaren 2014 t/m 2022. Gegevens over de solvabiliteit zijn niet beschikbaar voor oudere jaren 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 2022 bijna € 10,2 miljard. Hiervan is bijna € 7,4 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt in 2022 gemiddeld 138%.

Solvabiliteit basisverzekering 2014–2022, Solvency II (bedragen voor 2022 x € 1 mln.)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Aanwezige solvabiliteit 2022	Vereiste solvabiliteit 2022
ASR	151%	146%	144%	138%	140%	144%	140%	138%	124%	210	169
CZ	163%	169%	173%	149%	157%	154%	160%	160%	145%	2.440	1.683
DSW ¹	154%	157%	141%	147%	134%	130%	144%	145%	128%	407	318
Salland	114%	108%	160%	159%	166%	155%	144%	146%	131%	80	61
Menzis	129%	124%	123%	129%	138%	145%	142%	132%	128%	1.174	915
ONVZ	157%	166%	142%	121%	132%	124%	155%	142%	128%	200	157
VGZ	137%	155%	149%	141%	142%	143%	136%	136%	129%	2.337	1.814
Z&Z	172%	188%	157%	151%	165%	168%	171%	158%	151%	337	223
ZK	162%	174%	167%	137%	141%	146%	149%	138%	147%	2.988	2.035
Macro	151%	160%	155%	140%	145%	146%	148%	142%	138%	10.172	7.375

¹ Inclusief Stad Holland.

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 71:

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

Antwoord:

De totale kosten van het vergoeden van anticonceptie vanuit de basisverzekering wordt geschat op € 60 miljoen per jaar (prijsspeil: 2020).

Uit cijfers van de Stichting Farmaceutische kengetallen blijkt dat in 2020 1,08 miljoen vrouwen vanaf 21 jaar op eigen kosten hormonale systemische anticonceptiva gebruikten: de anticonceptiepil, de prikpil, het implantatiestaafje, of de anticonceptiepleister. Opgeteld kost dit € 33,6 miljoen. Daarnaast blijkt uit deze cijfers dat in 2020 90.000 vrouwen vanaf 21 jaar op eigen kosten hormoonspiralen gebruikten en 27.000 vrouwen anticoncepteringen. Deze kosten zijn € 14,9 miljoen. Totale kosten van de koperspiraal voor vrouwen vanaf 21 jaar bedragen € 4,4 miljoen.

Het totaal van de middelen bedroeg in 2020 dus € 52,9 miljoen. Als we de vraag door deze maatregel 10% laten toenemen voor prijs- en volumegroei, komen de totale kosten op € 58 miljoen; inclusief de toenemende plaatsingskosten van spiraaltjes op € 60 miljoen.

Daarbij merken we op dat deze berekening exclusief eigen risico is, en het bedrag lager uit kan vallen indien eigen risico wel van toepassing is.

Vraag 72:

Kunt u per zorgwet een leesbaar overzicht maken met daarin de genomen bezuinigingsmaatregelen, over een periode van 2010 tot en met 2023?

Antwoord:

Voor de intensiveringen en maatregelen onder het Uitgavenplafond Zorg vanaf de start van het Kabinet Rutte I tot en met de ontwerpbegroting 2018, verwijst het Ministerie van VWS u naar de antwoorden op de Kamervragen 16 t/m 19 bij de ontwerpbegroting 2018 (TK 34 775 XVI nr.14).

Alle genoemde maatregelen, ramingsbijstellingen en intensiveringen vanaf de Startnota Kabinet Rutte I tot en met de ontwerpbegroting 2018 zijn via de VWS-begrotingen aan uw Kamer gepresenteerd. Voor de volledigheid vindt u hieronder een overzicht van de betreffende Kamerstukken van de VWS-begrotingen en bijbehorende paginanummers.

- Startnota (Kamerstuk 32 500 XVI, nr. 29)
- OW 2012 (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 2), pagina 178 en 179

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

De maatregelen voor de jaren 2010 en 2011 zijn opgenomen in onderstaande tabel 1. In tabel 2 zijn de maatregelen vanaf de Startnota Kabinet Rutte III tot en met de ontwerpbegroting 2023 opgenomen (in de begroting 2024 zijn geen nieuwe maatregelen verwerkt in 2023). De toelichtingen bij deze mutaties kunt u vinden in desbetreffende VWS-begrotingen.

Tabel 1

- OW 2010 (Kamerstuk 32 500 XVI, nr. 2), pagina 181 t/m 188
- OW 2011 (Kamerstuk 32 123 XVI, nr. 2), pagina 177 t/m 181

Tabel 2

- Startnota (TK 34 775 XVI, nr. 15 NOTA VAN WIJZIGING)
- OW 2019 (TK 35 000 XVI, nr. 2), pagina 198, 208 en 209.
- OW 2020 (TK 35 300 XVI, nr. 2), pagina 192, 199 en 200.
- OW 2021 (TK 35 570 XVI, nr. 2), pagina 170, 171.
- OW 2022 (TK 35 935 XVI, nr. 2), Pagina 162 t/m 166, 171 t/m 175.
- OW 2023 (TK 36 200 XVI, nr. 2), Pagina 175 t/m 181, 187 t/m 192.

Tabel 1 omvangrijkste maatregelen ontwerpbegroting 2010 en 2011 (Bedragen x € 1 miljoen)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toelichting
Zvw								
Preferentiebeleid en verlopen patenten	- 370	- 495	- 545	- 545	- 545	- 545		OW 2010 pagina 178
Wijziging voorcalculatie	- 67	- 53	- 56	- 58	- 60	- 60		OW 2010 pagina 178
Maatregelen medisch specialisten		- 375	- 375	- 375	- 375	- 375		OW 2010 pagina 178
Tariefmaatregel ggz		- 119	- 119	- 119	- 119	- 119		OW 2010 pagina 178
Wet geneesmiddelenprijzen	- 13	- 73	- 80	- 80	- 80	- 80		OW 2010 pagina 178
Doelmatig voorschrijven		- 127	- 110	- 110	- 110	- 110		OW 2010 pagina 179
Aanpassing inschrijftarief		- 60	- 60	- 60	- 60	- 60		OW 2010 pagina 179
Beloning doelmatig voorschrijven			120	60	60	60		OW 2010 pagina 179
Zelfverwijzers		- 48	- 117	- 117	- 117	- 117		OW 2010 pagina 179
Tariefmaatregel alle vrije beroepsbeoefenaars		- 58	- 94	- 94	- 94	- 94		OW 2010 pagina 179
Pakketuit-/opname		- 3	- 3	- 3	- 3	- 3		OW 2010 pagina 179
Aanpak topinkomens			- 27	- 27	- 27	- 27		OW 2010 pagina 179
Maatregel medisch specialisten		- 137	- 137	- 137	- 137	- 137	- 137	OW 2010 pagina 180
Aanvullende tariefsmaatregel medisch specialisten			- 136	- 136	- 136	- 136	- 136	OW 2011 pagina 183
Intertemporele compensatie korting medisch specialisten		33	- 33					OW 2011 pagina 183
ZBC's onder Wmg instrument			0	- 197	- 197	- 197	- 197	OW 2011 pagina 183
Korting ziekenhuizen			- 549	- 549	- 549	- 549	- 549	OW 2011 pagina 183
Onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuissector brengen van bepaalde dure geneesmiddelen			- 50	- 50	- 50	- 50	- 50	OW 2011 pagina 183
Efficiencymaatregel ambulances			- 13	- 25	- 39	- 39	- 39	OW 2011 pagina 183
Farmaceutische hulp		- 158	- 105	- 105	- 105	- 105	- 105	OW 2011 pagina 183
Uitbreiding inkoopbeleid zorgverzekeraars ten aanzien van geneesmiddelen			- 30	- 30	- 30	- 30	- 30	OW 2011 pagina 183
Functionele bekostiging eerstelijnsdiagnostiek			- 60	- 60	- 60	- 60	- 60	OW 2011 pagina 184
Zorgstandaarden			- 40	- 75	- 75	- 75	- 75	OW 2011 pagina 184
Stepped care			- 30	- 60	- 60	- 60	- 60	OW 2011 pagina 184

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toelichting
Veiligheidsprogramma's			- 15	- 15	- 15	- 15	- 15	OW 2011 pagina 184
Beweegkuur opnemen in pakket			- 9	39	0	- 11	- 21	OW 2011 pagina 185
Verhoging eigen bijdrage fysiotherapie			- 30	- 30	- 30	- 30	- 30	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel tandheelkunde 18-21 jaar			- 100	- 100	- 100	- 100	- 100	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel anticonceptie > 21 jaar			- 32	- 32	- 32	- 32	- 32	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel extracties door tandheelkundige specialisten			- 5	- 5	- 5	- 5	- 5	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel beperkte vergoeding antidepressiva			- 20	- 20	- 20	- 20	- 20	OW 2011 pagina 185
Pakketmaatregel mobiliteitshulpen			- 21	- 21	- 21	- 21	- 21	OW 2011 pagina 185
Invoering eigen bijdrage tweedelijns ggz			- 110	- 110	- 110	- 110	- 110	OW 2011 pagina 185
AWBZ en Wmo gemeentefonds								
Ramingsbijstelling PGB	- 50	- 60	- 60	- 60	- 60	- 60		OW 2010 pagina 180
Vermogensinkomensbijstelling	- 40	- 70	- 70	- 70	- 70	- 70		OW 2010 pagina 180
Invulling best practices		- 91	- 91	- 91	- 91	- 91		OW 2010 pagina 180
Inzet reserve AWBZ knelpunten		- 113	- 19	- 18	- 20	- 19		OW 2010 pagina 180
Ontbureaucratisering AWBZ			- 50	- 50	- 50	- 50		OW 2010 pagina 180
Ramingsbijstelling tariefsmaatregelen AWBZ	- 60	- 60	- 60	- 60	- 60	- 60		OW 2010 pagina 180
Prikkelwerking Wmo			- 50	- 50	- 50	- 50		OW 2010 pagina 180
Bovenbudgettaire vergoedingen omzetten in ZZP prijzen				-	- 20	- 20	- 20	OW 2011 pagina 185
Beëindigen bonus-malusregeling			- 60	- 60	- 60	- 60	- 60	OW 2011 pagina 185
Contracteerruimte verlagen			- 142	- 142	- 142	- 142	- 142	OW 2011 pagina 186
Onder contracteerruimte brengen capaciteitsgroei			0	- 100	- 150	- 200	- 250	OW 2011 pagina 186
Verhogen van de minimale eigen bijdrage			- 60	- 80	- 80	- 80	- 80	OW 2011 pagina 186
Persoonsgebonden budgetten			- 210	- 260	- 260	- 260	- 260	OW 2011 pagina 186
Rentevergoeding kapitaallasten				- 10	- 10	- 10	- 10	OW 2011 pagina 186
Correctie invoering eigen bijdrage begeleiding		- 68	- 80	- 80	- 80	- 80	- 80	OW 2011 pagina 186
Inzet reserve AWBZ-knelpunten		- 4	- 98	- 99	- 97	- 98	- 98	OW 2011 pagina 186
Budget Wmo			- 150	- 150	- 150	- 150	- 150	OW 2011 pagina 186

Tabel 2 omvangrijkste maatregelen sinds Kabinet Rutte III t/m OW 2023 (Bedragen x € 1 miljoen)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Toelichting
Zvw							
H51 Hoofdlijnenakkoorden 2019-2021	0	- 460	- 1190	- 1920	- 1920	- 1920	NVW pagina 8
H52 Maatregelen genees- en hulpmiddelen	0	- 61	- 158	- 305	- 465	- 467	NVW pagina 8
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	- 100	- 100	- 100	- 100	- 100	- 100	OW 2019, pagina 198
Prijsonwikkeling genees- en hulpmiddelen (intra- en extramuraal)	0	182	182	182	182	- 182	OW 2019, pagina 198
Pakketmaatregel vitamines, mineralen en paracetamol	0	- 40	- 40	- 40	- 40	- 40	OW 2019, pagina 198
Ramingsbijstelling opleidingen	0	- 225	- 176	- 86	- 150	- 150	OW 2020, pagina 192
Verlagen groeiruimte geneesmiddelen	0	- 120	- 160	- 230	- 230	- 230	OW 2020, pagina 192
Ramingsbijstelling apotheekzorg en hulpmiddelen	0	0	- 168	- 100	- 100	- 100	OW 2021, pagina 170
Besparingsverlies vertraging Wgp	0	0	88	0	0	0	OW 2021, pagina 170
Besparingsverlies uitstel modernisering GVS	0	0	0	40	0	0	OW 2021, pagina 170
Voorraadverhoging apotheekzorg	0	0	5	25	25	25	OW 2021, pagina 171
Inzet resterende groeiruimte Zvw			0	0	- 41	- 41	OW 2022, pagina 165
Integraal zorgakkoord (IZA)			0	0	0	- 540	OW 2023, pagina 178
Pakketmaatregel vitamine D			0	0	0	- 129	OW 2023, pagina 180
Aanpassing basisniveau IZA			0	0	0	- 350	OW 2023, pagina 179
Wlz							
Ramingsbijstelling Wlz	- 100	- 223	- 159	- 165	- 159	- 159	OW 2019, pagina 208
Ramingsbijstelling groei Wlz	0	- 30	- 110	- 160	- 160	- 160	OW 2019, pagina 209
Ramingsbijstelling NHC in Wlz-tarief	11	- 8	- 30	- 36	- 43	- 50	OW 2019, pagina 208
Ramingsbijstelling Wlz	0	- 37	- 116	- 273	- 322	- 322	OW 2020, pagina 199
Tariefherijking verpleeghuiszorg	0	0	- 87	- 87	- 87	- 87	OW 2020, pagina 200
Ramingsbijstellingen overige Wlz- uitgaven	0	0	- 11	- 121	- 138	- 138	OW 2021, pagina 179
Bijstellen Zorginfrastructuurmiddelen	0	0	0	0	- 35	- 25	OW 2022, pagina 174
Tijdelijke middelen kwaliteitskader	0	0	0	0	- 307	- 229	OW 2022, pagina 174
Valpreventie bij 65-plussers	0	0	0	0	0	- 20	OW 2023, pagina 189
Scheiden wonen en zorg	0	0	0	0	0	- 43	OW 2023, pagina 190

Vraag 73:

Kunt u per zorgwet een leesbaar overzicht maken met daarin de totale uitgaven, over een periode van 2010 tot en met 2023?

Antwoord:

In tabel 1 staan de niet-gecorrigeerde cijfers (onder meer voor overhevelingen tussen zorgdomeinen) van de ontwikkeling van de uitgaven Zvw, wlz, Wmo en Jeugdwet voor 2010 tot en met 2023.

Het betreft hier de netto-uitgaven die vallen onder de definitie van het Uitgavenplafond Zorg (het UPZ). De zorguitgaven voor Wmo en Jeugdzorg die per 2019 zijn toegevoegd aan de Algemene Uitkering van het gemeentefonds zijn niet in de tabel opgenomen, want deze vallen niet onder het UPZ.

Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2e suppletore wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e suppletore wet nieuwere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2e suppletore wet, omdat deze bijstelling pas budgettair verwerkt zal worden in het aankomende VWS jaarverslag.

Tabel 1 Ontwikkeling van de netto zorguitgaven voor Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdzorg onder het Uitgavenplafond Zorg 2010–2024 (bedragen x € 1 miljard)

	2010 ¹	2011	2012	2013	2014	2015 ²	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Zvw	34,0	34,5	34,7	36,5	36,1	38,6	40,6	42,0	43,6	45,6	47,6	47,8	51,1	54,4
Wlz	22,7	23,6	26,2	25,5	25,8	17,7	18,0	18,5	19,9	22,0	24,3	26,6	28,4	31,2
Wmo ³	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7	4,9	4,9	4,9	5,1	1,8	1,9	1,5	1,5	1,6
Jeugdzorg						2,0	1,9	1,9	2,0	-	-	-	-	-

¹ Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het Uitgavenplafond Zorg is toegerekend³

² De Wet langdurige zorg (Wlz) is in 2015 in werking getreden. Hierbij zijn middelen vanuit de AWBZ/Wlz overgeheveld naar de Wmo en Jeugdwet, vandaar die afname van de uitgaven bij de AWBZ/Wlz en toename bij de Wmo en Jeugdwet.

³ Vanaf 2019 valt alleen nog Wmo beschermd wonen onder het UPZ.

De uitgaven in het kader van Wmo en Jeugdzorg vallen niet onder het UPZ, met uitzondering van Wmo beschermd wonen. De hoogte van de uitgaven die onder deze beide wetten vallen, is niet exact weer te geven. Dit komt omdat de gegevens over gemeentelijke uitgaven niet conform deze twee wetten gesplitst zijn. In tabel 2 staan de uitgaven aan Wmo en Jeugdzorg voor de jaren 2017–2023 in de uitsplitsing van het CBS.

Tabel 2 Ontwikkeling van de bruto uitgaven voor Wmo en Jeugdzorg 2017–2023 (bedragen x € 1 miljard)¹

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Algemene voorzieningen incl. wijkteams	2,9	3,0	3,1	3,1	3,3	3,3	4,1
Maatwerkvoorzieningen (WMO)	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9
Maatwerkdienstverlening 18+	2,8	3,0	3,3	3,5	3,6	3,7	3,8
Maatwerkdienstverlening 18-	3,3	3,7	4,4	4,5	4,8	4,4	4,9
Geëscaleerde zorg 18+	2,1	2,3	2,3	2,6	2,1	2,3	2,3
Geëscaleerde zorg 18-	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,6

¹ Voor 2017 tot en met 2021 zijn cijfers uit de gemeenterekeningen verwerkt, voor 2022 en 2023 uit de gemeentebegrotingen.

Vraag 74:

Kunt u een overzicht geven van de totale uitgaven in de verpleeghuiszorg, vanaf 2010 tot en met 2023?

Antwoord:

Onderstaande tabel toont de uitgaven aan intramurale verpleeghuiszorg via de Wlz vanaf 2010 tot en met 2021, alsmede de totale uitgaven aan

Wlz-verpleegzorg voor de jaren 2021 tot en met 2023. De bedragen voor intramurale verpleeghuiszorg waren ook opgenomen in de beantwoording op de schriftelijke Kamervragen bij de ontwerpbegroting 2022 van VWS. Met ingang van de ontwerpbegroting 2023 is de begrotingsindeling van de Wlz-uitgaven aangepast, zodat hieruit de totale uitgaven aan Wlz-verpleegzorg kunnen worden afgeleid. Voor 2021 zijn de uitgaven zowel gepresenteerd op grond van de intramurale verpleeghuiszorg als de uitgaven op grond van de totale Wlz-verpleegzorg (deze zijn hier gedefinieerd als de zorguitgaven via de contracteerruimte en het pgb-kader voor cliënten met een indicatie voor verpleeghuiszorg). In de periode voor 2021 zijn alleen de uitgaven op grond van de intramurale verpleeghuiszorg bekend.

Tabel: Uitgaven Wlz-verpleeg(huis)zorg 2010–2023

(bedragen x € 1 miljard)		
2010	7,4	
2011	7,7	
2012	8,7	
2013	8,4	
2014	8,6	
2015	8,5	
2016	8,8	
2017	9,2	
2018	10,1	
2019	11,7	
2020	12,7	
2021	13,8	14,9
2022		15,9
2023		17,7

Bron: VWS-cijfers jaarverslagen en ontwerpbegroting 2010–2024.

Vraag 75:

Hoeveel reserves hebben de verschillende zorginstellingen opgebouwd?

Antwoord:

Het CBS heeft op 14 december jl. voorlopige cijfers over de financiële kengetallen 2022 van middelgrote en grote zorgondernemingen gepubliceerd. De cijfers in de onderstaande tabel zijn daaruit afkomstig. Uit deze cijfers blijkt dat over het gemiddelde van de zorgsectoren de verhouding tussen eigen vermogen en bedrijfsopbrengsten (weerstandsvermogen) ongeveer 30% is. Dit betekent dat het gemiddelde weerstandvermogen een behoorlijke omvang heeft en dat de sector gemiddeld in staat is om financiële schokken op te vangen. Maar er zijn wel verschillen tussen sectoren en instellingen. Een groeiende groep instellingen heeft te maken met een forse financiële opgave. Vooralsnog zijn de reserves over het algemeen voldoende om negatieve financiële resultaten op te vangen, maar de sector blijft kwetsbaar.

Hierbij is van belang dat de zorginstellingen de afgelopen jaren aan meer financiële risico's blootstaan, en dat hogere reserves ook logisch zijn. Reserves staan overigens niet gelijk aan de beschikbare liquide middelen, maar bestaan vooral uit het verschil tussen de boekwaarde van grond en gebouwen die meestal nodig zijn voor het leveren van zorg enerzijds en de leningen die daar tegenover staan anderzijds. Voor de continuïteit van de instelling is de reserve niet direct inzetbaar, maar hogere reserves vergroten in beginsel wel de mogelijkheid om nieuwe leningen te krijgen.

Bedrijfstakken/branches (SBI 2008)	Totaal	
	bedrijfsopbrengsten mln euro	Eigen vermogen mln euro
86101 Universitair medisch centra	10964	3307
86102 Algemene ziekenhuizen	21514	5821
86103 Categoriele ziekenhuizen	1690	484
86104 GGZ met overnachting	7315	1870
8720+87301 Gehandicaptenzorg	12346	4001
87901 Jeugdzorg met overnachting	.	.
87902 Maatschappelijke opvang (24-uurs)	.	.
88991 Ambulante jeugdzorg	.	.
Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg	22857	6740

Bron: CBS

Vraag 76:

Hoeveel zou het kosten om de regeling voor zorgverleners met Long Covid te verbreden, in lijn met de eisen van de FNV? Hoeveel zou het kosten om de hoogte van de compensatie te verhogen van € 15.000 naar € 22.839? Hoeveel zou het kosten om dat allebei te doen?

Antwoord:

In reactie op de internetconsultatie heeft de FNV op 26 juni 2023 verzocht om de regeling toegankelijk te maken voor zorgmedewerkers die ziek zijn geworden als gevolg van COVID-19 in het hele jaar 2020. De regeling is nu bedoeld voor zorgmedewerkers die ziek zijn geworden in de eerste golf (maart tot en met juni 2020). Daarnaast stelt FNV een verruiming van de doelgroep voor. Dan gaat het onder andere om een aantal ondersteunende functies die het leveren van zorg mogelijk maakten, zorgmedewerkers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn en daardoor geen WIA-uitkering ontvangen en ZZP'ers. Deze voorstellen ten aanzien van het verruimen van de doelgroep zijn in grote lijnen overgenomen in de definitieve regeling dan wel in de uitvoering.

De kosten voor het verlengen van de tijdsperiode naar het hele jaar 2020 is niet exact te geven. Het UWV heeft cijfers gepubliceerd over het aantal WIA-claimbeslissingen met post-COVID als hoofd- of nevendiagnose in 2022. Daarin is geen onderscheid gemaakt in de datum van de eerste ziekmelding. De kosten voor een dergelijke uitbreiding zijn overigens ook niet verkend, omdat bij het vaststellen van de afbakening is gezocht naar objectieve criteria om te bepalen wie wel en wie niet in aanmerking komt. Op het belang daarvan wijst ook de Afdeling Advisering van de Raad van State nadrukkelijk in haar reactie op het voorlichtingsverzoek inzake deze regeling. Dat is onder meer noodzakelijk voor de juridische houdbaarheid van de regeling. De tijdsperiode beperken tot de eerste golf is een afbakening die op objectieve gronden is gebaseerd. Een uitbreiding naar het hele jaar 2020 is dat niet.

Het verhogen van de financiële ondersteuning naar € 22.839 leidt tot minimaal € 6,3 miljoen extra uitgaven uitgaande van de huidige circa 800 aanvragen die zijn ingediend en zou hoger kunnen uitvallen bij meer aanvragen.

Vraag 77:

Kunt u de uitgaven aan preventie in de jaren 2010 tot en met 2023 op een rij zetten?

Antwoord:

In aansluiting met de internationale definitie van de OECD houdt het CBS de landelijke uitgaven op preventie bij. Het betreft elke maatregel die is gericht op het vermijden of verminderen van het aantal of de ernst van letsels en ziekten, de gevolgen daarvan en de daaraan verbonden complicatie. Hieronder vallen: (jeugd)vaccinatieprogramma's, griepvaccinaties, ouder- en kindzorg, screening voor borstkanker en baarmoederhalskanker, bedrijfsgezondheidszorg, arbozorg, en ook de jaarlijkse tandartscontrole als onderdeel van de zorgverzekering of aanvullende verzekering, epidemiologische monitoring door het RIVM. Een deel van deze maatregelen wordt vanuit de VWS-begroting gefinancierd. In onderstaande tabel staan de totaaluitgaven (2e kolom) met een uitsplitsing naar uitgaven overheid (3e kolom) en eigen betalingen (4e kolom). De uitgaven in 2020, 2021 en 2022 wijken vanwege Covid19 sterk af van voorgaande jaren. De cijfers over 2023 zijn nog niet beschikbaar.

Preventieve landelijke uitgaven

	Totaal uitgaven aan preventieve zorg	Overheid en sociale verzekeringen	Vrijwillige regelingen, eigen betalingen
	mln euro	mln euro	mln euro
2010	2.815	2.070	744
2011	2.712	1.976	736
2012	2.708	1.949	759
2013	2.628	1.915	713
2014	2.689	1.971	718
2015	2.497	1.779	719
2016	2.561	1.805	756
2017	2.492	1.705	787
2018	2.514	1.697	816
2019	2.721	1.831	890
2020	4.108	3.135	974
2021	8.361	7.286	1.075
2022	5.482	4.450	1.032

Bron: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84043NED/table?dl=9CA3E>

Vraag 78:

Kunt u, binnen het VWS-domein, een overzicht geven van EU-richtlijnen en verordeningen die nog niet zijn aangenomen?

Antwoord:

Titel	Document	Korte omschrijving	Stand van zaken
Europese ruimte voor gezondheidsgegevens (European Health Data Space)	COM 2022/197	In het voorstel wordt de burger centraal gesteld. De Commissie stelt voor burgers rechten te geven waarmee zij meer controle en zeggenschap krijgen op de toegang en het gebruik van hun elektronische gezondheidsgegevens voor de levering van zorg (primair gebruik), alsook voor andere maatschappelijke doeleinden zoals wetenschappelijk onderzoek, innovatie, en beleidsvorming (secundair gebruik). Tevens beoogt het voorstel een interne markt voor digitale gezondheidsproducten en -diensten, zoals elektronische medische dossiersystemen, tot stand te brengen, door de regels omtrent de (product)veiligheid, beveiliging en interoperabiliteit binnen de EU te harmoniseren en zo de effectiviteit en efficiëntie van de gezondheidszorg te bevorderen.	Op 6 december jl. heeft de Raad ingestemd met het onderhandelingsmandaat voor de triloog. Het Europees Parlement heeft woensdag 13 december 2023 ingestemd met het onderhandelingsmandaat van het EP. De triloog is inmiddels gestart.
EMA vergoedingstelsel	COM 2022/16070	Het voorstel betreft een aanpassing van de vergoedingen voor beoordelingsprocedures van medicijnen door het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) en de Nationale Competente Autoriteiten (NCA's) voor producten voor zowel voor veterinaire als menselijk gebruik. Het uitgangspunt is dat de vergoedingen kostendekkend zijn en worden betaald door de industrie.	Er is op 25 september 2023 een politiek akkoord bereikt in de triloofase. De verordening zal binnen enkele maanden formeel worden aangenomen en vervolgens in werking treden.

Titel	Document	Korte omschrijving	Stand van zaken
Verordening lichaamsmateriaal	COM 2022/338	Het voorstel maakt het voor burgers veiliger om vitale stoffen van menselijke oorsprong, zoals bloed of weefsel, af te staan of te ontvangen. Het voorstel beoogt het grensoverschrijdende verkeer van dergelijke kritieke gezondheidsproducten makkelijker te maken en om de solidariteit tussen volksgezondheidsinstanties te versterken.	Er is op 14 december 2023 een voorlopig politiek akkoord bereikt in de triloof fase. De verordening zal binnen enkele maanden formeel worden aangenomen en vervolgens in werking treden.
Herziening Verordening indeling, etikettering en verpakking van stoffen en mengsels (CLP)	COM 2022/748	De wijzigingen zien op verschillende onderdelen van CLP: verbetering classificatieproces, etiketteringseisen en mogelijkheid digitale etikettering, onlineverkoop en reclamevereisten en het classificeren van stoffen met meerdere bestanddelen.	Op 5 december is een voorlopig politiek akkoord bereikt in de triloof fase. De verordening zal binnen enkele maanden formeel worden aangenomen en vervolgens in werking treden.
Herziening EU geneesmiddelenwetgeving	COM 2023/192 COM 2023/193	Met deze herziening worden vier individuele stukken wetgeving samengevoegd tot één richtlijn en één verordening die gezamenlijk de regels en procedures bepalen voor het verkrijgen van een handelsvergunning voor het op de Europese markt brengen van geneesmiddelen voor menselijk gebruik, inclusief voor kinderen en zeldzame aandoeningen. Met de herziening stelt de Commissie voor om structurele problemen met de bestaande stukken wetgeving op te lossen.	De Commissievoorstellen over de herziening van de EU geneesmiddelen-wetgeving zijn gepresenteerd in april 2023. Het is de verwachting dat de inhoudelijke besprekingen in de Raad begin 2024 zullen beginnen. Het EP wil nog voor de Europese verkiezingen haar standpunt vaststellen op zowel de Verordening als de Richtlijn.

Titel	Document	Korte omschrijving	Stand van zaken
Speelgoedverordening	COM 2023/462	De Europese Commissie heeft op 28 juli 2023 een voorstel voor een Speelgoedverordening gepresenteerd waarin wordt voorgesteld de huidige Speelgoedrichtlijn in te trekken en te vervangen met de Verordening. Het doel van het voorstel is de gezondheids- en veiligheidseisen voor speelgoed in alle lidstaten te harmoniseren ter waarborging van een hoog niveau van bescherming van kinderen tegen mogelijke risico's van speelgoed en om ervoor te zorgen dat er geen belemmeringen zijn voor het vrije verkeer van speelgoed tussen de lidstaten.	Het voorstel wordt momenteel ambtelijk behandeld in de Raad; de besprekingen zijn in oktober 2023 van start gestart gegaan en zal in 2024 onder het Belgische voorzitterschap worden voortgezet. De verwachting is dat het EP in 2024 haar standpunt zal vaststellen op de verordening.
Richtlijn invoering Europese gehandicaptenkaart en Europese gehandicaptenparkeerkaart	COM 2023/512	De Europese Commissie heeft op 6 september jl. een voorstel gepubliceerd aangaande twee kaarten: 1) de invoering van een gestandaardiseerde Europese gehandicaptenkaart die dient als een erkend bewijs van handicap in de hele EU; en 2) een verbetering van de reeds bestaande Europese gehandicaptenparkeerkaart. Het voorstel beoogt wederzijdse erkenning te bereiken van de nationale gehandicaptenstatus tussen de EU-lidstaten zodat EU-burgers met een beperking van dezelfde speciale voorwaarden en/of preferentiële behandeling, die overheidsinstanties en particuliere ondernemers bieden, kunnen profiteren.	De Raad heeft op 27 november 2023 een algemene oriëntatie bereikt op het richtlijnvoorstel. Het Europees Parlement stelt naar verwachting medio januari 2024 haar positie vast. Hierna kan de triloog starten.
Richtlijn tot uitbreiding van de Richtlijn invoering Europese gehandicaptenkaart en Europese gehandicaptenparkeerkaart naar derdelanders die legaal in een lidstaat verblijven	COM 2023/698	Uitbreidingsvoorstel voor de Europese gehandicaptenkaart en Europese gehandicaptenparkeerkaart naar derdelanders die legaal in een lidstaat verblijven.	De onderhandelingen in de Raad zijn gaande. Het Europees Parlement heeft nog geen positie bepaald.

Vraag 79:

Kan voor alle begrotingsartikelen per artikel inzichtelijk gemaakt worden welk deel juridisch verplicht is en welk deel niet?

Antwoord:

In de onderstaande tabel treft u een uitsplitsing per artikel op de VWS-begroting 2024 aan met het percentage juridisch verplicht, bestuurlijk gebonden, beleidsmatig gereserveerd en nog niet ingevuld/vrij te besteden:

	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3	Artikel 4	Artikel 5	Artikel 6	Artikel 7	Artikel 8
Totale verplichtingen	1.747.124	4.083.167	18.615.590	1.402.836	162.286	414.147	198.828	6.952.649
Totale uitgaven	2.341.726	4.275.287	18.789.780	1.448.818	192.669	439.557	201.139	6.952.649
<i>juridisch verplicht</i>	78%	96,3%	98,17%	90,0%	45,5%	94,2%	98,6%	100,0%
<i>bestuurlijk gebonden</i>	3%	3%	0,84%	9,0%	47,8%	1,2%	1,0%	0%
<i>beleidsmatig gereserveerd</i>	19%	0,5%	0,98%	1,0%	6,7%	3,8%	0,4%	0%
<i>nog niet ingevuld/vrij te besteden</i>	0%	0,0%	0,01%	0,0%	0%	0,8%	0%	0%

Juridisch verplicht

Dit betreft het percentage van het artikel dat juridisch verplicht is. Van de juridisch verplichte uitgaven is in zijn algemeenheid sprake bij een juridische afdwingbaarheid op grond van verdrag, wet, koninklijk besluit, ministeriële regeling, beschikking, verbintenis of een vastgelegde afspraak tussen dienstonderdelen e.d.

Juridisch niet verplicht

Bestaat uit (1) het percentage dat bestuurlijk is gebonden/verbonden op grond van bestuursovereenkomsten, convenanten met koepels en/of decentrale overheden, politieke toezeggingen en dergelijke, (2) het percentage dat beleidsmatig is gereserveerd en (3) het percentage dat nog niet ingevuld dan wel vrij te besteden is.

Vraag 80:

Wat is de meest actuele inschatting van de budgettaire effecten van het toevoegen van periodieke controles bij de tandarts aan het basispakket?

Antwoord:

De schatting van de budgettaire effecten voor opname van mondzorg betreffen zeer ruwe schattingen. De schatting van de budgettaire effecten van opname van één preventieve controle in het basispakket, met uitzondering op het eigen risico, bedraagt € 400 miljoen per jaar. Afhankelijk van de te vergoeden handelingen tijdens een preventieve controle kan dit bedrag oplopen. Bijvoorbeeld, bij een uitgebreide variant van één controle per jaar inclusief gebitsreiniging of twee kleine foto's kunnen de budgettaire effecten oplopen tot € 1,3 miljard per jaar

Vraag 81:

Wat is de meest actuele inschatting van de budgettaire effecten van het toevoegen van mondzorg aan het basispakket?

Antwoord:

De schatting van de budgettaire effecten voor opname van mondzorg betreffen zeer ruwe schattingen. De budgettaire effecten van het toevoegen van mondzorg aan het basispakket variëren tussen de € 400 miljoen per jaar tot € 2,4 miljard per jaar, afhankelijk van de vorm waarop mondzorg opgenomen wordt in het basispakket. De schatting van € 400 miljoen per jaar betreft opname van één preventieve controle in het basispakket met uitzondering op het eigen risico. De kosten van opname van mondzorg in het pakket, zoals deze voor de groep tot 18 jaar in het basispakket is opgenomen en zonder uitzondering op het eigen risico, wordt geschat op € 1,6 miljard per jaar. De budgettaire effecten kunnen

verder oplopen tot een schatting van € 2,4 miljard per jaar bij uitzondering van de mondzorg van het eigen risico.

Vraag 82:

Wat is de meest actuele inschatting van de budgettaire effecten van het toevoegen van fysiotherapie aan het basispakket?

Antwoord:

Op basis van conceptraamingen van het Zorginstituut waren de totale uitgaven aan eerstelijns fysio- en oefentherapie in 2023 vanuit de basisverzekering zo'n € 0,74 miljard en vanuit de aanvullende verzekering € 1,11 miljard. Het is niet bekend hoeveel patiënten aan eerstelijns fysio- en oefentherapie uitgeven buiten de basisverzekering en aanvullende verzekering om. In 2022 had ongeveer 17 procent van de volwassenen met fysio- of oefentherapeutische zorg géén aanvullende zorgverzekering afgesloten. Het is niet bekend of deze groep wel fysio- of oefentherapeutische zorg heeft ontvangen en daar zelf voor heeft betaald.

Vraag 83:

Kunt u toelichten hoe het proces van de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA) precies werkt? Hoe en door wie wordt deze bijdrage precies betaald?

Antwoord:

Ieder jaar stelt de overheid extra geld beschikbaar via de zogenaamde Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (ova) om een marktconforme loonontwikkeling binnen de zorg mogelijk te maken. De hoogte van het ova-percentages wordt jaarlijks vastgesteld op basis van de raming door het CPB van de contractloonontwikkeling, de incidentele loonontwikkeling en de ontwikkeling van de sociale lasten in de marktsector in het in maart gepubliceerde Centraal Economisch Plan (CEP) van dat jaar.

VWS gebruikt het ova-percentages voor het indexeren van de loongevoelige delen van de budgetten (contracteerruimte, macroprestatiebedrag en macrobeheersingskaders) van de Wlz, Zvw en beschermd wonen in de Wmo die onder het Uitgavenplafondzorg (UPZ) vallen. De NZa gebruikt de ova om het loongevoelige deel van de gereguleerde (vaste- en maximum-) tarieven in de Zvw en Wlz te indexeren. Daarbij wordt zowel bij de begroting als bij de gereguleerde tarieven een systeem van voor- en nacalculatie gehanteerd. De begroting en de gereguleerde tarieven worden immers eerder dan de ova vastgesteld.

Met de geïndexeerde budgetten en gereguleerde tarieven als basis vinden vervolgens contractonderhandelingen plaats tussen zorginkopers enerzijds en zorgaanbieders anderzijds.

De vertaling van de ova in de tarieven leidt vervolgens tot extra loonruimte bij aanbieders. Het is ten slotte aan de vertegenwoordigers van de werkgevers en de werknemers in de zorg om afspraken te maken over de lonen en dit vast te leggen in cao's.

Wat betreft wie en hoe de ova wordt betaald; dat is niet anders dan hoe andere zorguitgaven worden betaald, namelijk uit premie- en belastingmiddelen. Het zijn dus burgers en bedrijven die de ova uiteindelijk betalen.

Vraag 84:

Kunt u aangeven in hoeverre de lonen in de zorg extra zijn verhoogd als gevolg van de motie-Hijink/Bikker ten opzichte van een situatie waarin deze motie niet was aangenomen?

Antwoord:

Naar aanleiding van de motie Hijink/Bikker heeft VWS de ova voor 2022 extra verhoogd met 1,13 procentpunt (met een budgettair effect van circa € 675 miljoen structureel). Met zorginkopers zijn vervolgens afspraken gemaakt over het doorgeven van deze middelen. Ook is de afspraak met een groot aantal werkgeversorganisaties in de zorg gemaakt dat zij zich in zouden spannen om deze extra middelen ten goede te laten komen aan de groep waarvoor deze middelen waren bedoeld, namelijk de middengroep in het loonebouw. Vervolgens zijn in bijna alle cao's afspraken gemaakt om de lonen in het midden van het loonebouw extra te verhogen. Aangezien dit een proces is tussen werkgevers en werknemers – zonder bemoeienis van de overheid – is niet met zekerheid te zeggen wat de uitkomst van de onderhandelingen was geweest zonder dat de motie was aangenomen.

Vraag 85:

Welk deel van de Wlz-uitgaven bestond uit zorgkosten en welk deel uit woonkosten, over de periode van 2015 tot 2023?

Antwoord:

De woonkosten zijn in de periode 2012–2018 geleidelijk toegevoegd aan de integrale zorgtarieven. Binnen deze integrale tarieven hebben zorgaanbieders bestedingsvrijheid en kunnen zij dus zelf afwegingen maken tussen de inzet voor zorg of de inzet voor wonen. Dit betekent dat er geen eenduidige verdeling bestaat van de Wlz-uitgaven over zorgkosten en woonkosten.

Uitgaande van de technische onderbouwing van de integrale zzp-tarieven door de NZa is het wel mogelijk een inschatting te maken van (de ontwikkeling van) deze verdeling. Bijgaande tabel laat zien dat het aandeel van de woonkosten in de contracteerruimte voor zorg in natura in de jaren 2015–2021 geleidelijk is gedaald. Deze daling hangt samen met de trend dat cliënten langer thuis blijven wonen. Voor de 2022 en 2023 zijn nog geen realisatiecijfers bekend over de Wlz productie en zijn derhalve schattingen opgenomen. Naar verwachting zal het aandeel van de woonkosten in 2023 licht afnemen als gevolg van (de trend van) scheiden wonen en zorg.

Tabel: Indicatieve ontwikkeling aandeel zorgkosten en woonkosten in contracteerruimte Wlz 2015–2023

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Aandeel zorgkosten	86,7%	86,5%	86,6%	88,3%	88,5%	88,6%	88,8%	88,8%	88,9%
Aandeel woonkosten	13,3%	13,5%	13,4%	11,7%	11,5%	11,4%	11,2%	11,2%	11,1%

Vraag 86:

Wat is het gemiddelde energieverbruik van een sportclub? Kunt u hierbij verschillende voorbeelden geven, zoals voetbalclubs, zwembaden, gymzalen en sportscholen?

Antwoord:

De meest recente gegevens over energieverbruik in de sportsector zijn door het CBS afgegeven over de periode 2019 tot en met 2021, zie Update dashboards energieverbruik maatschappelijk vastgoed, 2019–2021 (cbs.nl). Hieruit blijkt dat de gemiddelde elektriciteitslevering per accommodatie (x1.000 kWh) is gedaald van 93 in 2018 naar 73 in 2021. Voor de gemiddelde gaslevering per accommodatie (x1.000 m³) geldt dat deze is gedaald van 17 in 2018 naar 15 in 2021. De uitsplitsing naar verschillende sporten maakt duidelijk hoe de gas- en elektriciteitslevering van verschillende sporten zich tot elkaar verhouden. Zo geldt voor zwembaden (alleen binnenbaden) dat de gaslevering in de afgelopen jaren (2018–2021) met 16,8% is gedaald naar 34,1 m³ per

m²gebruiksoppervlakte. Voor fitnessaccommodaties gaat dit om een daling van 4,1% naar 7 m³ per m². Bij de zaalsport gaat het om een daling van 4,3%, ofwel van 11,7 naar 11,2 m³ per m². Als het gaat om elektriciteitslevering in kWh per m² gebruiksoppervlakte is bij zwembaden (alleen binnenbaden) een daling te zien van 16,3%, van 147 kWh per m² in 2018 naar 123 in 2021. Bij fitnessaccommodaties gaat het in 2021 om een verbruik van 36 kWh per m² (daling van 23,4% ten opzichte van 2018) en bij zaalsporten om 18 kWh per m² (daling van 25% ten opzichte van 2018). Wel moeten deze dalingen gezien worden in het licht van de beperkende maatregelen tijdens de coronacrisis (zoals verplichte sluitingen van sportaccommodaties) die veel invloed hebben gehad op het gas- en elektriciteitsverbruik van sportaccommodaties.

Vraag 87:

Wat is uw beeld met betrekking tot de stijgende contributie als gevolg van de gestegen energieprijzen? Met hoeveel stijgt de contributie van sportclubs door de stijgende rekeningen gemiddeld?

Antwoord:

In de Contributiemonitor 2022/2023 van het Mulier Instituut vindt u de meest recente data met betrekking tot de ontwikkeling van de contributies bij verenigingen in tien sporttakken (Contributiemonitor 2022/2023 – Mulier Instituut). Hieruit blijkt dat de meeste contributies licht stijgen.

Ter illustratie: senioren zijn gemiddeld 5 euro meer voor het lidmaatschap van een atletiekvereniging (van 147 naar 152 euro) en een voetbalvereniging (van 200 naar 205 euro) gaan betalen. Bij hockeyverenigingen is de gemiddelde contributie voor senioren gestegen van 306 naar 320 euro. De golfsport kent de grootste stijging (van 908 naar 964 euro). Bij handbal- en tafeltennisverenigingen is de gemiddelde contributie op hetzelfde niveau gebleven. In de monitor wordt verder aangegeven dat de inflatie hoger was dan de procentuele stijging van de contributie: de reële ontwikkeling – waarbij voor de inflatie wordt gecorrigeerd – wijst op een verlaging van de contributies.

Vraag 88:

Wat zijn de ziekteverzuimcijfers voor de gehele sector zorg & welzijn voor 2023 voor de afgelopen vijf jaar en wat is de verwachting voor 2024?

Antwoord:

In onderstaande tabel wordt het ziekteverzuim in de afgelopen vijf jaar weergegeven. De peildatum is steeds het derde kwartaal van elk jaar, omdat het derde kwartaal van 2023 het meest actuele kwartaal is waarover gegevens beschikbaar zijn. Na de verzuimpiek ten tijde van Covid-19 is het verzuim weer wat aan het dalen. Wat dit betekent voor 2024 is niet in te schatten.

Verzuimpercentage

	Percentage
Derde kwartaal 2018	5,1%
Derde kwartaal 2019	5,3%
Derde kwartaal 2020	5,9%
Derde kwartaal 2021	6,2%
Derde kwartaal 2022	7,1%
Derde kwartaal 2023	6,7%

Vraag 89:

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 wordt het ziekteverzuim in het derde kwartaal van 2023 per branche weergegeven. Over de spreiding van verzuimcijfers tussen werkgevers en instellingen heeft het Ministerie van VWS geen gegevens.

Verzuimpercentage

	2023 3e kwartaal
Universitair medische centra	5,4%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	5,6%
Geestelijke gezondheidszorg	6,7%
Huisartsen en gezondheidscentra	6,3%
Overige zorg en welzijn	4,8%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	8,1%
Gehandicaptenzorg	7,3%
Jeugdzorg	6,5%
Sociaal werk	6,9%
Gemiddelde zorg en welzijn (smal)	6,7%

Vraag 90:

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

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft de door zorgverzekeraars gerapporteerde bedrijfskosten voor 2022 weer. 2022 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 2022 (x € 1 miljoen)	Bedrijfskosten als percentage van zorgkosten (%)
ASR	53	5,3
CZ	245	2,5
DSW	52	2,5
Salland	32	9,1
Menzis	144	2,4
ONVZ	38	3,6
VGZ	290	2,5
Z&Z	49	3,5
ZK	365	2,7

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

Vraag 91:

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 2014–2022 op concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ASR	90	878	150	74	162	321	235	493	573
CZ	5.751	6.589	4.449	4.975	4.464	2.984	3.048	2.815	2.792
DSW – SH	669	484	792	836	853	807	851	943	1.023
Salland	1.031	686	767	918	900	883	636	444	830
Menzis	5.132	4.835	4.408	3.900	3.710	3.545	2.881	3.535	3.339
ONVZ	886	977	1.404	869	882	693	1.657	1.192	1.390
VGZ	6.802	6.286	4.581	5.962	4.877	4.950	4.667	5.170	4.970
Zorg & Zekerheid	1.269	1.277	1.288	1.455	1.511	1.254	1.117	1.332	1.170
Zilveren Kruis	18.106	13.457	16.153	11.093	12.326	8.307	5.922	7.352	4.622
Eindtotaal	39.736	35.469	33.992	30.082	29.685	23.744	21.014	23.276	20.709
Gemiddeld per premiebetaler (in €)	3,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,7	1,5	1,7	1,5

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014–2021 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 92:

Hoeveel geven zorgverzekeraars jaarlijks uit aan acquisitiekosten?

Antwoord:

Uit de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering die zorgverzekeraars ieder jaar op hun website publiceren blijkt dat de totale acquisitiekosten voor de basisverzekering in 2022 ca. € 203 miljoen bedragen, oftewel ca. € 14 per premiebetaler.

Vraag 93:

Hoeveel medisch specialisten zijn er in 2023 in loondienst en hoeveel zijn er niet in loondienst (maar aan een ziekenhuis verbonden via bijvoorbeeld een maatschap)?

Antwoord:

Volgens de meest recente beschikbare gegevens werken er van de 19.365 werkzame medisch specialisten (exclusief psychiaters) 11475 (ca. 60%) in loondienst en 7890 (ca. 40%) in vrij beroep.

Vraag 94:

Hoe groot is per sector de loonkloof binnen de zorg? Wat is het verschil in beloning tussen de best betaalde en de gemiddelde werknemer?

Antwoord:

Via het Pensioenfonds Zorg en Welzijn beschikken we over gegevens van 2021 over de inkomensverdeling van een groot gedeelte van de medewerkers binnen de sector Zorg en Welzijn. In de onderstaande tabel is een overzicht weergegeven van het aantal werknemers per inkomensklasse op basis van het bruto jaarinkomen bij een voltijdscontract. Daarin ontbreken de gegevens van medewerkers binnen de umc's en de eerste lijn. Een verdere uitsplitsing naar branches is niet voor handen.

Bruto jaarinkomen binnen zorg en welzijn (exclusief umc's en eerste lijn)

Inkomensklasse	Aantal werknemers	Aandeel in %
20.000 of minder	4.821	0,4%
20.001 t/m 30.000	230.225	21,3%
30.001 t/m 40.000	357.432	33,0%
40.001 t/m 50.000	265.938	24,6%
50.001 t/m 60.000	144.695	13,4%
60.001 t/m 70.000	38.608	3,6%
70.001 t/m 80.000	18.106	1,7%
80.001 t/m 90.000	4.378	0,4%
90.001 t/m 100.000	4.782	0,4%
100.001 of meer	14.265	1,3%
Totaal	1.083.250	100%

Bron: Pensioenfonds Zorg en Welzijn

Verder is via de kennisbank Openbaar bestuur informatie beschikbaar over de inkomensverdeling van de werknemers van de umc's in 2018. In onderstaande tabel is de inkomensverdeling van werknemers binnen umc's weergegeven. Het gaat hier om het bruto maandinkomen.

Bruto maandinkomen binnen umc's (inclusief toeslagen)

Inkomensklasse	Aantal werknemers	Aandeel in %
2.000 euro of minder	213	0,3
2.001 t/m 3.000	9.621	13,1
3.001 t/m 4.000	23.060	31,3
4.001 t/m 5.000	19.573	26,6
5.001 t/m 6.000	10.166	13,8
6.001 t/m 7.000	2.750	3,7
7.001 t/m 8.000	1.304	1,8
8.001 of meer	6.946	9,4
onbekend	5	0,0
Totaal	73.638	100

Bron: Cijfers | Kennisbank Openbaar Bestuur (kennisopenbaarbestuur.nl)

Vraag 95:

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

Antwoord:

Het modaal salaris bedroeg in 2021 circa 37 duizend euro en in 2018 circa 34.500 euro. Op basis van de gegevens uit het antwoord op vraag 105 verdient naar schatting zo'n 45% van de werknemers binnen zorg en welzijn minder dan modaal. Voor umc's gaat het naar schatting om slechts circa 15%.

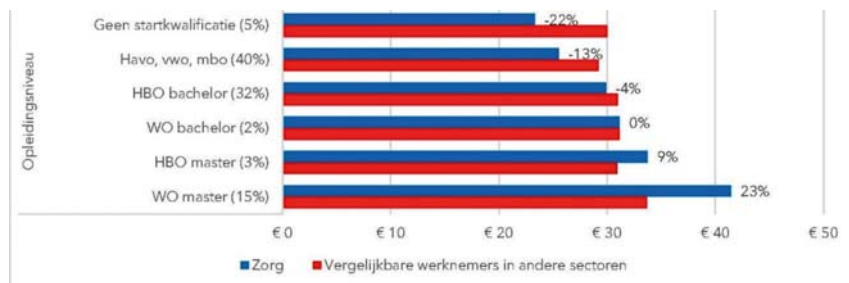
Vraag 96:

Wat is de meest actuele raming qua salarisverschillen in de zorg in de markt waarbij sprake is van gelijke opleidingsachtergrond?

Antwoord:

Op 14 december jl. heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport uw kamer geïnformeerd (Tweede Kamer, vergaderjaar 2023/2024, kamerstuk 29 282, nummer 552) over de stand van zaken met betrekking tot de beloning in de zorg ook ten opzichte van andere sectoren. Met deze brief is ook een onderzoeksrapport van SEO naar uw Kamer gestuurd, waaruit blijkt dat het gemiddelde uurloon in de zorg in 2022 circa 1% lager lag dan het gemiddelde uurloon van best vergelijkbare medewerkers (waaronder

matching op opleidingsniveau) in de marktsector. Achter dit gemiddelde schuilen wel verschillen naar opleidingsniveau. In onderstaande figuur is het verschil in uurloon weergegeven tussen medewerkers in de zorg en vergelijkbare medewerkers in andere sectoren. Dit betreft zowel private sectoren als andere (semi-)publieke sectoren. Een uitsplitsing van de resultaten naar opleidingsniveau is niet voor handen voor de vergelijking met alleen de private sector. Hieruit wordt duidelijk dat het gemiddelde uurloon in de zorg veel meer samenhangt met het opleidingsniveau dan in andere sectoren. Het gemiddelde uurloon van lager opgeleiden in de zorg blijft achter bij vergelijkbare medewerkers in andere sectoren, terwijl hoger opgeleiden in de zorg juist een hoger uurloon hebben dan vergelijkbare medewerkers in andere sectoren. Volgens SEO kan dit komen door een striktere loonstructuur in de zorg, waarbij er beperkingen zijn in de loongroei die men kan realiseren gegeven een bepaald(e) opleidingsniveau en functie. Daar staat tegenover dat er in zorg en welzijn over het algemeen meer opleidingsmogelijkheden zijn om de positie te verbeteren dan in private cao's, zo blijkt uit hetzelfde SEO-onderzoek.



Vraag 97:

Wat is het gemiddelde aan zorgkosten dat een chronische patiënt in 2024 naar benadering betaalt?

Antwoord:

In 2024 betaalt een volwassene in Nederland, volgens de raming van VWS, gemiddeld € 7.145 aan collectief gefinancierde zorg. Door het ontbreken van een eenduidige definitie voor chronisch ziek, is het niet bekend wat een chronische patiënt in 2024 gemiddeld aan collectief gefinancierde zorg zal betalen. Chronische patiënten zullen in elk geval de nominale premie betalen (door VWS geraamd op € 1.792). Naar verwachting zal een groot deel (schatting voor 2023 81%) van de chronische patiënten het verplicht eigen risico volmaken (€ 385). Mogelijk kan er sprake zijn van aanvullende eigen bijdragen. Daarnaast betaalt een chronisch zieke ook de inkomensafhankelijke bijdrage Zvw, Wlz-premie en belasting en is er mogelijk recht op zorgtoeslag. Ten slotte kunnen chronisch zieken aanspraak maken op de fiscale aftrek specifieke zorgkosten en mogelijk ook op de tegemoetkoming specifieke zorgkosten.

Vraag 98:

Wat is het CO₂-aandeel van de gehele zorgsector in Nederland? Hoe verhoudt dit zich tot het aandeel van de zorg in het bbp en de beroepsbevolking?

Antwoord:

Het CO₂-aandeel van de gehele zorgsector in Nederland is 7%⁹. Het aandeel van de zorguitgaven in het bbp was 13,2% in 2022 (bron: CBS) en 15,6% van de werkzame beroepsbevolking werkte in de zorgsector in 2022 (bron: CBS).

Vraag 99:

Hoeveel middelen van de VWS-begroting is nog niet gealloceerd/juridisch verplicht en is nog beschikbaar voor de uitvoering van moties/amendementen?

Antwoord:

In de onderstaande tabel treft u een uitsplitsing per artikel op de VWS-begroting 2024 aan met het percentage juridisch verplicht, bestuurlijk gebonden, beleidsmatig gereserveerd en nog niet ingevuld/vrij te besteden:

	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3	Artikel 4	Artikel 5	Artikel 6	Artikel 7	Artikel 8
Totale verplichtingen	1.747.124	4.083.167	18.615.590	1.402.836	162.286	414.147	198.828	6.952.649
Totale uitgaven	2.341.726	4.275.287	18.789.780	1.448.818	192.669	439.557	201.139	6.952.649
<i>juridisch verplicht</i>	78%	96,3%	98,17%	90,0%	45,5%	94,2%	98,6%	100,0%
<i>bestuurlijk gebonden</i>	3%	3%	0,84%	9,0%	47,8%	1,2%	1,0%	0%
<i>beleidsmatig gereserveerd</i>	19%	0,5%	0,98%	1,0%	6,7%	3,8%	0,4%	0%
<i>nog niet ingevuld/vrij te besteden</i>	0%	0,0%	0,01%	0,0%	0%	0,8%	0%	0%

Juridisch verplicht

Dit betreft het percentage van het artikel dat juridisch verplicht is. Van de juridisch verplichte uitgaven is in zijn algemeenheid sprake bij een juridische afdwingbaarheid op grond van verdrag, wet, koninklijk besluit, ministeriële regeling, beschikking, verbintenis of een vastgelegde afspraak tussen dienstonderdelen e.d.

Juridisch niet verplicht

Bestaat uit (1) het percentage dat bestuurlijk is gebonden/verbonden op grond van bestuursovereenkomsten, convenanten met koepels en/of decentrale overheden, politieke toezeggingen en dergelijke, (2) het percentage dat beleidsmatig is gereserveerd en (3) het percentage dat nog niet ingevuld dan wel vrij te besteden is.

Vraag 100:

Welk deel van de huisartsen heeft inmiddels toegang tot de middelen voor Meer Tijd voor de Patiënt? Welk deel van de huisartsen heeft inmiddels ook de tijd van het consult verlengd naar vijftien minuten?

Antwoord:

Op dit moment heeft 75% van de huisartsenpraktijken toegang tot de middelen voor Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP) en vanaf 1 januari 2024 kunnen alle huisartsenpraktijken die dat willen gebruik maken van de middelen voor MTVP.

Omdat 75% van de praktijken recent zijn gestart met implementatie van maatregelen voor MTVP en de resterende praktijken zelfs nog later zullen

⁹ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); Steenmeijer, M.; Pieters, L.; Warmenhoven, N.; Huiberts, E.; Stoelinga, M.; Zijp, M.; van Zelm, R.; Waaijers-van der Loop, S. *Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuvoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving*; 2022-0127; 2022. <https://www.rivm.nl/publicaties/effect-van-nederlandse-zorg-op-milieu-methode-voor-milieuvoetafdruk-en-voorbeelden-voorDOI:10.21945/RIVM-2022-0127>.

instromen, is het nu nog niet mogelijk om al iets over de (landelijke) effecten te zeggen. Huisartsen en verzekeraars hebben afgesproken om MTVP te gaan monitoren, waaruit op zijn vroegst vanaf halverwege 2024 meer duidelijkheid zal ontstaan.

Vraag 101:

Hoeveel dak- en thuislozen zijn er inmiddels in Nederland? Hoe heeft dit cijfer zich sinds 2010 ontwikkeld?

Antwoord:

Het is op dit moment niet mogelijk uitspraken te doen over het aantal dakloze mensen in Nederland op basis van de ETHOS-Light definitie. De enige cijfers die er zijn op landelijk niveau zijn afkomstig van een jaarlijkse schatting van het CBS. Zie daarvoor onderstaande tabel. Cijfers over 2019 ontbreken.

Jaar	Aantal dakloze mensen, gegevens CBS
2010	23.400
2011	24.300
2012	27.300
2013	24.700
2014	26.900
2015	30.900
2016	30.500
2017	34.500
2018	39.200
2019	
2020	36.000
2021	32.000
2022	26.600

Vraag 102:

Hoeveel dak- en thuislozen zijn er inmiddels in Nederland volgens de ETHOS-light definitie?

Antwoord:

Het is op dit moment niet mogelijk uitspraken te doen over het aantal dakloze mensen in Nederland op basis van de ETHOS-Light definitie. Dit is wel één van de ambities uit het actieplan. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werkt aan die ambitie via twee sporen:

1. Een kwantitatieve landelijke monitor van het CBS en VNG-Realisatie waarbij zij gegevens opvragen bij gemeenten en opvangorganisaties op basis van de Ethos Light categorieën. In 2024 worden categorie 2 en 3 uitgevraagd. Voor de andere categorieën geldt dat het op korte termijn nog niet mogelijk is om uit te vragen op landelijk niveau. Deze monitor is dus nadrukkelijk een groeimodel.
2. Kansfonds en Hogeschool Utrecht werken aan een pilot om per regio een ETHOS-Light telling te doen. Dit is een zeer intensieve methode die niet op korte termijn landelijk opgeschaald kan worden. De resultaten van de eerste tellingen in twee regio's zijn onlangs gepubliceerd. In 2024 start de volgende ronde waar nog eens zes regio's aan meedoen.

Vraag 103:

Hoeveel geld zou het besparen als de tijd die zorgverleners gemiddeld met administratie bezig zijn gehalveerd zou worden?

Antwoord:

Er is veel te winnen met het verminderen van de ervaren regeldruk en administratieve tijdsbesteding in de zorg. Niet primair vanwege de

financiële besparing, maar vooral gezien de krapte op de arbeidsmarkt in zorg en welzijn en de negatieve uitwerking die het ervaren van bovenmatige regeldruk heeft op het werkplezier zodat dat deze tijd weer aan zorg besteed kan worden. Het doel van het programma [Ont]Regel de Zorg is om die ervaren regeldruk omlaag te brengen en het werkplezier omhoog, en niet om de eventuele verminderde kosten als besparing in te boeken.

Een berekening van de financiële besparing als de tijd die zorgverleners gehalveerd zou worden, is niet goed te maken.

Vraag 104:

Hoe sterk zou de uitstroom uit de zorg van zorgverleners (afgezien van zorgverleners die met pensioen gaan) moeten worden teruggebracht om het personeelstekort in de zorg binnen vijf jaar op te lossen?

Antwoord:

Zowel de uitstroom als de tekorten zijn niet gelijk verdeeld over de beroepen. Er moet dus ook per beroep gekeken worden in welke mate de uitstroom moet worden teruggebracht om de tekorten op te lossen. Op basis van de gegevens uit het prognosemodel 2022 is berekend dat de jaarlijkse uitstroom uit de beroepen met de grootste tekorten (verzorgenden en verpleegkundigen) met circa 15 tot 20% moet afnemen om de tekorten voor die beroepen binnen vijf jaar grotendeels op te lossen. In het tweede kwartaal van 2023 had 10,9% van de werknemers de zorgsector verlaten ten opzicht van het tweede kwartaal 2022. Een afname van de jaarlijkse uitstroom van 15% tot 20% betekent dat de uitstroom vijf jaar lang teruggebracht moet worden naar 8,7 tot 9,3% per jaar. Ter vergelijking: in de economie als geheel bedroeg de uitstroom uit de verschillende sectoren steeds 18 tot 20% per jaar, in de periode 2017–2021. In de zorg was dat in dezelfde periode 9 tot 11,5% per jaar. Desondanks wordt gestreefd naar een zo laag mogelijke uitstroom uit de zorg.

Hierbij passen twee kanttekeningen:

- De genoemde reductie van de uitstroom betreft alle uitstroom, een uitsplitsing naar pensioenuitstroom en andere uitstroom is niet te maken. Dit betekent in de praktijk dat de nog beïnvloedbare uitstroom verder zal moeten dalen dan die 15 tot 20% om de tekorten binnen vijf jaar grotendeels op te lossen.
- De berekening is gericht op het grotendeels oplossen van de tekorten over vijf jaar. Echter, naar verwachting zal het arbeidsaanbod vooral in 2026 sterk afnemen vanwege de toenemende vergrijzing. Ook als de jaarlijkse uitstroom structureel teruggebracht kan worden tot 8,7–9,3% zullen de tekorten daarom weer gaan oplopen.

Vraag 105:

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:

Op dit moment bestaat er weinig zicht op de feitelijke omvang en de daadwerkelijke effecten (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) van private equity in de zorg om uw vraag te kunnen beantwoorden. Om deze reden heeft het Ministerie van VWS een onderzoek uitgezet naar het functioneren van private equity partijen binnen de gezondheidszorg (Zvw en Wlz)¹⁰ (denk o.a. aan huisartsenzorg, paramedische zorg, zieken-

¹⁰ Concreet: zorg waarvoor aanspraken bestaan uit hoofde van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg

huiszorg, mondzorg, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg etc.). Dit onderzoek kent twee deelaspecten: i) in beeld brengen van de daadwerkelijke omvang van private equity in de deelsectoren van de zorg en ii) in beeld brengen wat de betrokkenheid van private equity partijen bij zorgaanbieders in de praktijk voor effecten heeft op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De eerste uitkomsten worden voorjaar 2024 verwacht.

Vraag 106:

Hoeveel mensen/kinderen hebben hun sportabonnement het afgelopen jaar opgezegd?

Antwoord:

Er zijn geen recente cijfers bekend van 2023 over hoeveel mensen hun sportabonnement hebben opgezegd.

Wel heeft het Mulier Instituut onderzoek gedaan naar sportlidmaatschappen en -abonnements in de periode tussen mei 2021 en mei 2022. Uitgaande van ruim 8,1 miljoen particuliere huishoudens in 2022 (CBS Statline) zijn er in het tijdvak mei 2021-mei 2022 minstens 733.000 lidmaatschappen van sportverenigingen en minstens 647.000 abonnementen van andere sportaanbieders beëindigd. Dat maakt dat in de genoemde periode 17 procent van de Nederlandse huishoudens minstens één sportlidmaatschap en/of -abonnement heeft opgezegd.

Uitgaande van ruim 8,1 miljoen particuliere huishoudens in 2022 (CBS Statline) zijn er in twaalf maanden minstens 1,1 miljoen nieuwe lidmaatschappen en minstens 911.000 nieuwe abonnementen afgesloten. Dit betekent dat in die periode bij 25 procent van de huishoudens minstens één nieuw sportlidmaatschap en/of -abonnement is afgesloten.

Het Mulier Instituut zal actuele cijfers over sportlidmaatschappen en -abonnements in 2024 opnieuw onderzoeken.

Vraag 107:

Voor hoeveel mensen is sporten in een sportclub of bij een vereniging onbetaalbaar geworden?

Antwoord:

Er wordt niet gemeten of sport onbetaalbaar is geworden. Het Mulier Instituut onderzoekt wel de Consumenten uitgaven in de sport, waarin onder andere wordt gekeken wat voor mensen in Nederland bezwaarlijke kosten zijn. De rapportage van Mulier zal naar verwachting in januari 2024 worden gepubliceerd.

Vraag 108:

Hoe lang zijn de wachtlijsten voor zwemles?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS kan geen exacte cijfers van het aantal kinderen op de wachtlijst voor zwemles geven. Wachtlijsten voor zwemles worden niet centraal geregistreerd. Dit heeft te maken met het feit dat ouders regelmatig kinderen op meerdere wachtlijsten plaatsen en ook al (ruim) voor het vijfde levensjaar, het moment waarop het gebruikelijk is dat een kind motorisch in staat is om zwemles te volgen.

Vraag 109:

Hoe groot is het tekort aan zwemdocenten?

Antwoord:

Uit de gesprekken met de branche blijkt dat het gaat om tientallen openstaande vacatures in de zwembranche.

Vraag 110:

Hoeveel zwembaden verkeren in financiële moeilijkheden?

Antwoord:

Het aantal zwembaden dat op dit moment in financiële moeilijkheden verkeert, is niet bekend. Wel is bekend dat de exploitatie van openbare zwembaden al langer onder normale marktomstandigheden niet winstgevend is. Echter, heeft de Vereniging Sport en Gemeenten (VSG) bij VWS aangegeven dat zwembaden het financieel zwaar hebben. De Minister voor Langdurige Zorg en Sport is met de VSG in gesprek gegaan over de verwachte problemen bij energiekosten in 2024, maar ziet op dit moment helaas geen mogelijkheden om aanvullende financiële ondersteuning te bieden aan de zwembaden. De maatregelen die het kabinet heeft genomen om tegemoet te komen aan de gestegen energiekosten waren tijdelijk van aard. Een besluit over eventuele aanvullende energiesteun is gezien de demissionaire status aan een volgend kabinet. Het bericht van de VSG onderstreept het belang van de verduurzaming van zwembaden.

Vraag 111:

Hoeveel sportclubs/verenigingen verkeren in financiële moeilijkheden?

Antwoord:

Uit het meest recente verdiepende onderzoek van het Mulier Instituut van maart 2023 (peilmoment februari/maart 2023) bleek dat 4 procent van de responderende verenigingen dusdanige problemen ervaren dat ze op het punt van omvallen staan.¹¹ Van de respondenten gaf 16 procent aan de toekomst (erg) somber in te zien, en 12 procent gaf aan onvoldoende veerkrachtig te zijn om de stijgende energielasten op te vangen. De SPUK's voor de amateursportverenigingen en openbare zwembaden werden geopend voor aanvragen in mei 2023, dus na het peilmoment van het onderzoek.

Vraag 112:

Op welke manier zet u zich in om meer productie van geneesmiddelen en hulpmiddelen in Nederland en de EU plaats te laten vinden?

Antwoord:

De focus van de Europese inzet, en ook de nationale inzet, ligt niet op het afbouwen van alle afhankelijkheden, maar op het mitigeren van de meest risicovolle strategische afhankelijkheden in de productie- en toeleveringsketens. De eerste stap is in kaart brengen wat deze risicovolle strategische afhankelijkheden zijn, om vervolgens gepaste maatregelen te nemen. De Europese Commissie neemt hiertoe belangrijke stappen met een EU-lijst van kritieke geneesmiddelen die op 12 december jl. is gepubliceerd.¹² De Commissie heeft in haar recente mededeling aangekondigd een vervolganalyse te doen naar de kwetsbaarheden in de ketens van een eerste groep van deze producten in het eerste kwartaal van 2024. Op basis hiervan zal in EU verband gekeken worden naar mogelijke maatregelen om de leveringszekerheid van deze middelen te vergroten¹³. Daarnaast zal de EU een lijst met kritische medische hulpmiddelen opstellen. Nationaal werkt het Ministerie van VWS aan een lijst met voor Nederland belangrijke en kwetsbare geneesmiddelen. Vervolgens wordt bezien of er aanvullende nationale maatregelen nodig zijn om de leveringszekerheid

¹¹ Gepubliceerd op <https://www.mulierinstituut.nl/publicaties/27342/gevolgen-van-de-energiecrisis-voor-sportverenigingen/>.

¹² <https://www.ema.europa.eu/en/news/first-version-union-list-critical-medicines-agreed-help-avoid-potential-shortages-eu>.

¹³ Kamerstukken II 2023/24, 22 112, nr. 3846.

van deze producten te versterken, waaronder het aanhouden van extra voorraden bij bijvoorbeeld groothandelaren. Voor medische hulpmiddelen beziet het ministerie na publicatie van de Europese lijst met kritische medische hulpmiddelen of het zinvol is om een nationale lijst op te stellen. Het ministerie heeft reeds via een aanbestedingsprocedure de aanwezigheid van opschaalbare productiecapaciteit van mondklappers in Nederland geborgd. Verder heeft het kabinet besloten te investeren in de bouw van een reactor voor medische isotopen en medisch nucleair onderzoek om de leveringszekerheid van medische isotopen voor Nederland en de EU te borgen.

Voor de volledige beleidsinzet op dit thema wordt verwezen naar de voortgangsbrief beschikbaarheid medische producten van 18 december (Kamerstukken II 2023/24, 29 477, nr. 865) 2023. Daarnaast blijft het Ministerie van VWS graag optrekken met de Minister van Economische Zaken om het ecosysteem voor ontwikkeling en productie van medische producten in Nederland en de EU te versterken.

Vraag 113:

Hoe heeft het aantal onverzekerde Nederlanders zich de afgelopen jaren ontwikkeld?

Antwoord:

Aantal onverzekerden per jaar per 31 december (bron: CAK)

	2020	2021	2022
Aangeschreven	62.553	60.608	69.471
Einde onverzekerde	67.163	56.992	68.323
Stand actief onverzekerden	20.260	23.876	25.024

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. Bij de interpretatie van de tabel dient in ogenschouw te 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 onverzekerde (fase van aanschrijving en boete oplegging) of ambtshalve verzekerde. 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). Dakloze mensen zijn bijvoorbeeld niet altijd geregistreerd in het BRP en maken daarom geen onderdeel uit van deze getallen.

Vraag 114:

Welke acties onderneemt u om de toegang tot zorg voor onverzekerden te verbeteren ten opzichte van de huidige situatie?

Antwoord:

De kosten van zorg aan onverzekerden komen ten laste van de «Subsidie-regeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden» (SOV). De afgelopen jaren zijn de administratieve lasten voor zorgverleners om gebruik te maken van deze regeling verminderd. Het komende jaar wordt door het CAK verder gewerkt aan de aansluiting van deze regeling op het digitale berichtenverkeer van VECOZO. Hierdoor worden de administratieve lasten voor uiteindelijk alle zorgverleners nog verder beperkt. Dit verbetert tevens de toegang tot zorg voor onverzekerden, omdat de financiële drempel om zorg te verlenen aan onverzekerden wordt verlaagd.

Vraag 115:

Zijn alle bevolkingsonderzoeken weer terug op het niveau van voor COVID-19? Zo nee, welke niet?

Antwoord:

Bij de beantwoording van de schriftelijke Kamervragen bij de begroting voor het jaar 2023 heeft het Ministerie van VWS gemeld dat de achterstanden met het versturen van uitnodigingen voor de bevolkingsonderzoeken baarmoederhals- en darmkanker zijn ingehaald (Kamerstukken II 2022/23, 36 200 XVI, nr. 15). Bij het bevolkingsonderzoek borstkanker speelt al langer een tekort aan screeningslaboranten, wat is versterkt door de coronacrisis. Hierdoor is het niet mogelijk om mensen uit de doelgroep weer eens per twee jaar uit te nodigen. Er wordt alles aan gedaan om dit interval tussen twee uitnodigingen in te korten. Hierover heeft het Ministerie van VWS uw Kamer voor het laatst geïnformeerd op 20 juni jl. (Kamerstukken II 2022/23, 32 793, nr. 696).

De deelname aan de bevolkingsonderzoeken naar kanker ligt lager dan voor corona. We zien al langer een langzaam dalende trend in deelname. De monitors van de bevolkingsonderzoeken naar kanker van het RIVM over het jaar 2022, met daarin de deelname, zijn op 5 oktober jl. met uw Kamer gedeeld (Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 701). De deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker was in 2022 46,0% (2019: 55,6%), aan het bevolkingsonderzoek borstkanker 70,7% (2019: 76,0%) en aan het bevolkingsonderzoek darmkanker 68,4% (2019: 71,8%).

Vraag 116:

Hoeveel mensen hebben in 2023 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

Antwoord:

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

Vraag 117:

Hoeveel jongeren zijn er sinds de maatregelen van het preventieakkoord gestopt met roken? Hoeveel jongeren roken nog? Hoe groot is het percentage rokers nu?

Antwoord:

Er is geen zicht op het aantal jongeren dat sinds de maatregelen van het preventieakkoord gestopt is met roken. Uit het meest recente HBSC-onderzoek blijkt dat 2,5% van de jongeren van 12 t/m 16 dagelijks rookt en dat 9,5% aangeeft de afgelopen maand gerookt te hebben. Uit de Leefstijlmonitor blijkt dat van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder 18,9% rookt.

Vraag 118:

Hoeveel winst maakte de tabaksindustrie afgelopen jaar in totaal door Nederlandse rokers?

Antwoord:

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beschikt niet over de benodigde gegevens om de winst die de tabaksindustrie afgelopen jaar door Nederlandse rokers in totaal heeft gemaakt af te kunnen leiden.

Vraag 119:

Is het aantal volwassenen met overgewicht afgenomen sinds de invoering van de maatregelen uit het preventieakkoord? Hoe groot is het percentage volwassenen met overgewicht?

Antwoord:

Van de bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder heeft 50,2% overgewicht. Dit percentage is sinds de invoering van de maatregelen uit het preventieakkoord gelijk gebleven. Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg (<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht-volwassenen>).

Vraag 120:

Is het aantal jongeren met overgewicht afgenomen sinds de invoering van de maatregelen van het preventieakkoord? Hoe groot is het percentage jongeren met overgewicht?

Antwoord:

Van de jongeren in Nederland tot 18 jaar heeft 12,9% overgewicht. Na een tijdelijke verhoging van het percentage tijdens de COVID periode (15,9% in 2021) is de dalende trend weer ingezet naar het percentage van 2018 (11,7%). Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg (Overgewicht: jongeren | De Staat van Volksgezondheid en Zorg (staatvenz.nl)).

Vraag 121:

Hoeveel geven andere Europese landen in algemene zin uit aan preventie?

Antwoord:

Preventie is een breed begrip waarvan het afhankelijk is van de definitie wat hieronder te scharen.

Het antwoord op deze vraag is gebaseerd op de gegevens die worden bijgehouden door Eurostat, het bureau voor de statistiek van de Europese Unie. Onder preventie-uitgaven vallen dan uitgaven aan campagnes, vaccinaties, screenings, epidemiologische surveillance, gezondheidsschecks bij bijvoorbeeld zwangere vrouwen, in de jeugdgezondheidszorg of tandartscontrole. Thema's gerelateerd aan leefstijl en gezondheidsbevordering vallen hier niet onder.

Nederland geeft 477 euro per persoon uit aan deze vormen van preventie. Dat is ruim meer dan het EU gemiddelde dat ligt op 213 euro per persoon. Deze cijfers verwijzen naar 2021 en zijn niet gecorrigeerd voor koopkracht. Het aandeel dat Nederland uitgeeft aan preventie zoals gedefinieerd conform Eurostat en het CBS specifiek voor Nederland, als percentage van de totale zorguitgaven was in 2021 8,65% (zie tabel hieronder) t.o.v. 4,1% in 2010. De COVID-19 pandemie heeft grote invloed gehad op uitgaven in 2020, 2021 en 2022 (zie ook de beantwoording van vraag 77). In de tabel hieronder wordt bij zorguitgaven de internationale definitie van de System of Health Accounts (SHA) gehanteerd (uitgaven gezondheidszorg zonder welzijn en sociale zorg).

Uitgaven aan preventie (brede definitie) als percentage van de totale zorguitgaven (2021)

België	3,13
Bulgarije	3,25
Tsjechië	8,12
Denemarken	8,92
Duitsland	6,45
Estland	8,33
Ierland	5,89
Griekeland	4,04
Spanje	3,45
Frankrijk	5,49
Kroatië	4,43
Italië	6,81
Cyprus	2,19
Letland	5,13
Litouwen	5,56
Luxemburg	6,58
Hongarije	7,58
Malta	1,22
Nederland	8,65
Oostenrijk	10,33
Polen	2,10
Portugal	3,17
Roemenië	3,73
Slovenië	5,41
Slowakije	1,61
Finland	8,33
Zweden	4,92

Data zijn gedownload op 14 dec 2023. Deze data wordt voortdurend geactualiseerd.

Vraag 122:

Voor welke hulpmiddelen en geneesmiddelen geldt een eigen bijdrage? Voor welke hulpmiddelen en geneesmiddelen moet een eigen bijdrage worden betaald terwijl dit ook ten laste komt van het eigen risico? Kunt u dit weergeven in een tabel?

Antwoord:

In onderstaande tabel is uiteengezet voor welke hulp- en geneesmiddelen een eigen bijdrage, bijbetaling en/of het eigen risico geldt in 2024. Enkele bedragen voor vergoedingen en eigen bijdragen voor Zvw-hulpmiddelen worden jaarlijks geïndexeerd. De bedragen die in 2024 gaan gelden zijn gepubliceerd in de Staatscourant (Staatscourant 2023, nr. 24832).

Hulp- en geneesmiddel	Eigen bijdrage/bijbetaling	Eigen risico
Mondzorg, prothetische voorziening	Eigen bijdrage voor uitneembare volledige prothetische voorzieningen en reparaties of overzetting daarvan.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Extramurale geneesmiddelen (farmaceutische zorg)	Bijbetaling voor geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS en waarbij de prijs boven de vergoedingslimiet ligt. De totale bijbetalingen voor geneesmiddelen zijn in 2024 gemaximeerd op € 250 per patiënt per jaar.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Intramurale geneesmiddelen (medisch specialistische zorg)	Geen eigen bijdrage.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Haarwerken	Bijbetaling ter hoogte van de aanschaffingskosten van het haarwerk voor zover de kosten hoger zijn dan het vergoedingsbedrag.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Lenzen en brillen	Eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen. De hoogte van de bijdrage voor lenzen is afhankelijk van de gebruiksduur van de lens. De hoogte van de bijdrage van brillen is lager indien slechts één oog dient te worden gecorrigeerd.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Orthopedische en allergeenvrije schoenen	Eigen bijdrage voor een paar orthopedische en allergeenvrije schoenen, waarbij de eigen bijdrage ongeveer de helft bedraagt voor een verzekerde jonger dan zestien jaar.	Ja, maar niet bij minderjarigen
Hoorhulpmiddelen	Er geldt een eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een meerderjarige verzekerde van vijftienvintig procent van de aanschaffkosten.	Ja, maar niet bij minderjarigen

Vraag 123:

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:

Als we geen verplicht eigen risico betalen, zal er meer via de premie en belasting moeten worden betaald om de zorgkosten te kunnen blijven betalen. Concreet kost het afschaffen van het verplicht eigen risico naar schatting zo'n € 6 miljard. Hiervan betreft een kleine € 4 miljard de derving van de opbrengsten van het eigen risico. Het remgeldeffect is in Zorgkeuzes in Kaart¹⁴ ingeschat op ruim € 2 miljard¹⁵ en zal naar verwachting toenemen vanwege het remgeldeffect van de (nog door de Kamer te besluiten) maatregel waarbij er een maximumbedrag van € 150 per gedeclareerde prestatie voor medisch-specialistische zorg van toepassing is.¹⁶ Het remgeldeffect treedt op omdat mensen zich minder bewust zullen zijn van de kosten en vaker beroep zullen doen op de zorg.

¹⁴ <https://open.overheid.nl/repository/ronl-650dec52-fc51-4113-becf-e693e2955940/1/pdf/Zorgkeuzes%20in%20Kaart.pdf>

¹⁵ Het remgeldeffect van het afschaffen van het verplicht eigen risico is in Zorgkeuzes in Kaart doorgerekend voor 2021. Dit dient van een update voorzien te worden om de actuele stand van het remgeldeffect te bepalen.

¹⁶ De maatregel waarbij er een maximumbedrag van € 150 per gedeclareerde prestatie voor medisch-specialistische zorg van toepassing is, is nog niet parlementair behandeld, maar de financiële effecten hiervan, waaronder het remgeldeffect, zijn wel reeds verwerkt in de begroting. Bij het afschaffen van het eigen risico, verdwijnt dus aanvullend ook het remgeldeffect van deze maatregel.

Eerder dit jaar is onderzoek gedaan naar het vrijwillig eigen risico.¹⁷ Afschaffing van het vrijwillig eigen risico zou leiden tot een toename van de totale zorguitgaven met circa € 120 miljoen per jaar. Dit is het wegvallen van het remgeldeffect.

Vraag 124:

Hoeveel mensen hebben in 2023 hun gehele eigen risico opgemaakt? Kan dit percentage gegeven worden voor de jaren 2010 tot en met 2023?

Antwoord:

In onderstaande tabel vindt u de schattingen van het percentage volwassenen dat het verplicht eigen risico volledig volmaakt voor de periode 2010 tot en met 2023:

Jaar	Volwassenen die het verplicht eigen risico volmaken (in % van het totaal aantal volwassenen)
2010	60%
2011	60%
2012	59%
2013	54%
2014	51%
2015	49%
2016	47%
2017	47%
2018	48%
2019	48%
2020	48%
2021	48%
2022	48%
2023	49%

Vraag 125:

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2023 hun gehele eigen risico opgemaakt?

Antwoord:

Er bestaat geen eenduidige definitie voor chronisch ziek. Daarom wordt aangesloten bij de definitie die gehanteerd wordt in het kader van de risicoverevening. Iemand wordt hierbij als chronisch ziek beschouwd indien hij/zij in een Diagnosekostengroep (DKG), Farmaciekostengroep (FKG), Hulpmiddelenkostengroep (HKG), Fysiotherapiediagnosegroep (FDG), in een Meerjarig hoge kosten (MHK) klasse groter dan 1 of in een Meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging (MVG) klasse groter dan 0 valt. Voor specifieke mensen met een beperking zijn geen gegevens beschikbaar.

In onderzoek voor de risicoverevening is aandacht besteed aan de vraag in hoeverre chronisch zieken en niet-chronisch zieken kosten onder het verplicht eigen risico maken. Hieruit komt naar voren dat 81 procent van de chronisch zieken het eigen risico volmaakt. Dit percentage is een schatting voor 2023, gebaseerd op data uit 2021.

Vraag 126:

Hoeveel chronisch zieken en mensen met een beperking hebben in 2023 hun gehele eigen risico in de eerste maand van het jaar opgemaakt?

¹⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/04/12/kamerbrief-over-overstapseizoen-2022-2023>

Antwoord:

Naast dat er geen eenduidige definitie bestaat van chronisch ziek, zijn hierover geen gegevens beschikbaar.

Vraag 127:

Hoeveel mensen konden in 2023 hun eigen risico niet meer betalen? Wat zijn hiervan de laatste cijfers?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal mensen dat specifiek het eigen risico niet kan betalen.

In algemene zin geldt dat voor mensen met een laag inkomen er de zorgtoeslag is als tegemoetkoming voor de premie en het eigen risico. Daarnaast geldt dat bepaalde zorgvormen van het eigen risico zijn uitgezonderd. Ook bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen en kunnen gemeenten financieel maatwerk bieden aan hun inwoners in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning.

Vraag 128:

Kunt u in een overzicht weergeven hoeveel mensen respectievelijk 100, 75, 50, 25 en 0 procent van het verplicht eigen risico kwijt waren?

Antwoord:

De hoogte van het verplicht eigen risico kan in 6 klassen worden onderscheiden:

Eigen risico	Aandeel volwassenen
€ 0 tot € 25	25%
€ 25 tot € 100	11%
€ 100 tot € 200	7%
€ 200 tot € 300	5%
€ 300 tot € 385	3%
€ 385	49%

Deze cijfers betreffen schattingen voor 2023 op basis van de verwachte zorguitgaven en de onderzoeken ten behoeve van de risicoverevening.

Vraag 129:

Hoeveel mensen hebben het eigen risico vrijwillig verhoogd tot respectievelijk € 485, € 585, € 685, € 785 en € 885?

Antwoord:

In de Zorgthermometer «Verzekerden in beeld 2023»¹⁸ van Vektis is te zien dat 13,3% van de verzekerden ervoor heeft gekozen om in 2023 zijn eigen risico te verhogen. Van die groep heeft circa driekwart gekozen voor de maximale verhoging van 500 euro. In onderstaande tabel staan ook de percentages voor de andere mogelijke bedragen voor het vrijwillig eigen risico (in de tweede kolom als percentage van het totaal aantal verzekerden en in de derde kolom als percentage binnen de groep verzekerden die heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico).

¹⁸ Vektis. 2023. Verzekerden in beeld 2023. Inzicht in het overstapeseizoen.

Vrijwillig eigen risico	Aandeel	Verdeling hoogte vrijwillig eigen risico
Geen vrijwillig eigen risico	86,7%	
Wel vrijwillig eigen risico	13,3%	
- Verhoging van € 100 naar € 485	1,2%	9,0%
- Verhoging van € 200 naar € 585	1,3%	9,6%
- Verhoging van € 300 naar € 685	0,6%	4,5%
- Verhoging van € 400 naar € 785	0,2%	1,2%
- Verhoging van € 500 naar € 885	10,1%	75,6%

Vraag 130:

Welk deel van de bevolking maakt gebruik van een vrijwillig eigen risico?

Antwoord:

In 2023 heeft 13,3 procent van de verzekerden gekozen voor een vrijwillig eigen risico.¹⁹ Uit eerder onderzoek van Equalis²⁰ blijkt dat vooral mannen, verzekerden onder de 55 jaar, verzekerden met een hoger inkomen/hoger opleidingsniveau en studenten voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Verzekerden met historisch zorggebruik kiezen minder vaak voor een vrijwillig eigen risico.

Vraag 131:

Hoeveel wanbetalers waren er in 2022 en 2023 bij het betalen van de zorgverzekering?

Antwoord:

Het aantal verzekerden in de wanbetalersregeling schommelde in 2022 en 2023 tussen de 170.000 en 180.000.

Vraag 132:

Hoeveel mensen moeten op dit moment een bestuursrechtelijke premie betalen omdat zij een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben op hun zorgverzekeringspremie?

Antwoord:

Op 1 december 2023 waren er 178.780 verzekerden bij wie de bestuursrechtelijke premie is opgelegd.

Vraag 133:

Kunt u een trendmatig overzicht geven van de hoeveelheid mensen die sinds 2010 een bestuursrechtelijke premie hebben moeten betalen? Kunt u een overzicht geven per jaar?

Antwoord:

In de onderstaande tabellen treft u de gevraagde gegevens aan.

Per ultimo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal wanb.	266.306	303.528	297.954	314.138	325.810	312.037	277.023
Instroom	289.132	122.818	118.706	126.901	127.536	118.489	133.283
Uitstroom	37.574	85.614	124.358	110.768	115.894	130.656	166.437

¹⁹ Vektis. 2023. Verzekerden in beeld 2023. Inzicht in het overstapseizoen.

²⁰ Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1191.

Per ultimo	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal wanb.	249.044	223.714	202.702	189.652	170.221	170.541
Instroom	184.177	200.273	187.803	174.963	138.242	136.877
Uitstroom	206.792	225.603	208.815	188.013	157.673	136.557

Vraag 134:

Hoeveel mensen hebben een betalingsregeling getroffen voor de zorgpremie? Kunt u hiervan een overzicht geven per jaar sinds 2010?

Antwoord:

De onderstaande tabel betreft het aantal verzekerden per jaar dat uit de wanbetalersregeling is gestroomd, omdat zij een betalingsregeling hebben getroffen met de zorgverzekeraar. Het is niet bekend hoeveel betalingsregelingen in totaal worden getroffen voor de zorgpremie.

Jaar	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal x 1.000	71	126	151	148	138	106	92

Vraag 135:

Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2022 heeft geleid tot het minder gebruik maken van zorg en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord:

Het eigen risico heeft mede tot doel om bij te dragen aan het kostenbewustzijn van de zorg. Het is inderdaad ongewenst als mensen vanwege de kosten afzien van noodzakelijke zorg. Er kan sprake zijn van gewenste en ongewenste zorgmijding.

Jaarlijks wordt onderzoek naar zorgmijding gedaan door Nivel ten behoeve van de Staat van Volksgezondheid & Zorg (www.staatvenz.nl/kerncijfers/financiële-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-de-kosten). De trend over de jaren laat zien dat het percentage mensen dat aangeeft te hebben afgezien van zorg vanwege kosten is afgenomen en vervolgens stabiel blijft: van 16% in 2016 naar 8% in 2022. Dit zijn echter geen cijfers die specifiek zien op het afzien van zorg vanwege het eigen risico. Ook is er geen inzicht in eventuele effecten op de gezondheid.

Tabel: percentage mensen dat zegt af te zien van zorg vanwege de kosten

Jaar	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Totaal	16	11	8	9	7	8	8
Bezoek aan arts	8	7	5	5	4	4	6
Medisch onderzoek of (na)behandeling	8	6	5	5	3	4	3
Ophalen recept of overslaan dosering	8	3	3	5	1	2	2
Afzien van alle voorgenoemde drie vormen van zorg	2	1	1	1	1	0,5	0,4

Vraag 136:

Kunt u een overzicht sturen welke zaken aan het basispakket zijn toegevoegd of eruit zijn gehaald, vanaf 2006 tot en met 2023?

Antwoord:

Bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 is besloten dat het verzekerde pakket van de Ziekenfondswet zoals dat eind 2005 gold, bepalend was voor de aard, inhoud en omvang van het basispakket van de Zvw. Het basispakket 2006 was dan ook gelijk aan het ziekenfondspakket van ultimo 2005. Per 1 januari 2006 zijn er geen

wijzigingen in het pakket aangebracht; geen uitbreidingen en ook geen beperkingen.

De te verzekeren prestaties van het basispakket zijn zo omschreven dat de medisch-inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen worden gevolgd. Hierdoor stromen nieuwe interventies en zorgvormen die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk «automatisch» het basispakket in. Daartegenover staat dat verouderde interventies en zorgvormen die in de medische praktijk niet meer worden toegepast «automatisch» uit het basispakket verdwijnen, omdat deze niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Deze open in- en uitstroom is met name van belang ten aanzien van wijzigingen in de medisch-specialistische zorg. Omdat deze «automatische» in- en uitstroom in veel gevallen niet plaatsvindt op basis van uitspraken van het Zorginstituut, is het niet mogelijk hiervan een volledig beeld te geven. Wel zijn er in de medische wetenschap in brede zin de afgelopen 10 jaar veel ontwikkelingen geweest die ook impact hebben op het verzekerde pakket, zoals nieuwe dure geneesmiddelen en medische technologie.

Behalve de hiervoor genoemde automatische in- en uitstroom, vinden ook wijzigingen in het basispakket plaats op basis van politieke besluitvorming. In bijgaande drie tabellen is een overzicht hiervan opgenomen. De tabellen 1 en 2 geven een overzicht van respectievelijk de uitbreidingen en beperkingen in het basispakket. Tabel 3 betreft de voorwaardelijk toegelaten behandelingen.

Tabel 1: Overzicht politiek besloten uitbreidingen basispakket 2006–2023

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 gebitselementen geriatrische revalidatie (overheveling uit AWBZ) bruikleen hulpmiddelen (overheveling uit AWBZ)
2014	geen uitbreidingen basispakket
2015	niet-invasieve prenatale test (NIPT) zintuiglijk gehandicaptenzorg (overheveling uit AWBZ) verpleging en verzorging zonder verblijf (overheveling uit AWBZ) tweede en derde jaar intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (overheveling uit 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) fronttandvervangings bij verzekerden tot hun drieëntwintigste levensjaar bijzondere tandheelkunde, implantaatgedragen gebitsprothesen voor verzekerden die voor eigen rekening implantaten heeft laten plaatsen

Jaar	Uitbreiding
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
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).

Tabel 2: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2006–2023

Jaar	Beperking
2006	geen beperkingen basispakket
2007	geen beperkingen basispakket
2008	geen beperkingen basispakket
2009	slaapmiddelen cholesterolverlagers hulpmiddelen
2010	acetylcysteïne
2011	antidepressiva jeugd tandzorg boven 18 jaar extracties anticonceptie fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening

Jaar	Beperking
2012	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

Tabel 3: Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2023

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2012	anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn
2013	renale denervatie bij patiënten met therapieresistentie behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombo- lyse
2014	het endoscopisch in plaats van chirurgisch behandelen van abscessen bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten (patiënten die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met o.a. TNF-alfa blokkers) met de ziekte van Crohn
2015	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 darmpassage

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
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 zilverkleding 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 spondyloarthritis 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
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 pediatrische 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 verbandkleding 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 spondyloarthritis 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. Geïntensifieerde, 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 obstipatie 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 pediatrische 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>

Vraag 137:

Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die de bestuursrechtelijke premie betalen? En hoe was dat in vorige jaren?

Antwoord:

Wanbetalers naar inkomensgroep op 31 december (bron: CBS)

Inkomensgroep	2018	2019	2020	Totaal verzekeringsplichtigen in 2020
Totaal	206.100	190.250	174.720	14.164.790
< € 10.000	20.000	16.730	15.080	401.580
€ 10.000 tot € 20.000	92.050	79.470	68.100	2.051.630
€ 20.000 tot € 30.000	58.400	55.760	51.490	3.737.980
€ 30.000 tot € 40.000	22.330	23.740	24.090	3.610.450
€ 40.000 tot € 50.000	5.880	6.910	7.640	2.247.500
> € 50.000	2.070	2.990	3.380	2.003.270
Onbekend	5.370	4.640	4.930	111.800

In de bovenstaande tabel is de groep wanbetalers verdeeld over de verschillende inkomensgroepen. Hierbij is uitgegaan van het jaarlijks gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen. Het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. De cijfers over 2021 en 2022 zijn nog niet beschikbaar.

Vraag 138:

Hoeveel gemeenten bieden een collectieve ziektekostenverzekering aan voor minima?

Antwoord:

Adviesbureau BS&F heeft mij laten weten dat in 2023 323 gemeenten een gemeentepolis aanboden. Dit zijn er drie minder dan in 2022, maar in 2023 zijn er ook drie gemeenten minder. Het aantal gemeenten dat een gemeentepolis aanbood bleef dus feitelijk gelijk (95 procent van alle gemeenten).

Vraag 139:

Hoeveel gemeenten zijn de afgelopen twee jaar gestopt met het aanbieden van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima?

Antwoord:

Adviesbureau BS&F heeft laten weten dat in 2022 één gemeente is gestopt met het aanbieden van een gemeentepolis. In 2023 is één

gemeente gestopt en één gemeente gestart met het aanbieden van een gemeentepolis.

Vraag 140:

Hoeveel mensen maken gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima?

Antwoord:

In 2023 namen circa 640.000 mensen deel aan een gemeentepolis.²¹

Vraag 141:

In hoeverre zijn deze gemeentelijke verzekeringen gunstiger dan een budgetpolis bij een verzekeraar?

Antwoord:

Deelname aan een gemeentepolis kan voor een verzekerde met een minimuminkomen gunstiger zijn dan een andere polis bij een verzekeraar. Met name de gemeentelijke bijdrage zorgt ervoor dat de uiteindelijke premie die gemeentepolishouders zelf betalen, gemiddeld genomen iets lager uitkomt dan de premie voor een onderliggende polis (basisverzekering plus reguliere aanvullende verzekering). Maar het kan ook ongunstiger zijn. Sociale minima die (vrijwel) geen zorg nodig hebben die niet vergoed wordt vanuit het basispakket, kunnen bijvoorbeeld beter uit zijn met een reguliere polis dan met een gemeentepolis. De gemeentelijke polissen voor minima bevatten namelijk vaak uitgebreide aanvullende verzekeringen. Het onderzoek van Zorgweb uit 2020²² laat zien dat de premies van de aanvullende verzekeringen behorende bij de gemeentepolis aanzienlijk hoger liggen dan de premies van de onderliggende aanvullende verzekeringen. Dit komt omdat de dekking uitgebreider is.

Vraag 142:

Hoeveel mensen hebben in 2023 een naturapolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2023 zijn er 60 verschillende polissen op de markt: 37 hiervan zijn naturapolissen, 7 restitutiepolissen en 16 combinatiepolissen. In totaal hebben circa 13,5 miljoen mensen in 2023 een naturapolis. Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een naturapolis per verzekeraar. Wel over het aantal naturapolissen per verzekeraar in 2023: Achmea heeft 11 naturapolissen, ASR 2, CZ 5, DSW 0, ENO 1, EUCARE 3, Menzis 2, ONVZ 1, VGZ 10 en Zorg en Zekerheid 2.

Vraag 143:

Hoeveel mensen hebben in 2023 een budgetpolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

Een budgetpolis is een naturapolis, maar dan met meer beperkende voorwaarden dan een gemiddelde naturapolis. Zo kunnen er minder zorgaanbieders gecontracteerd zijn en/of is de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager dan 75%. Daar staat tegenover dat de premie voor een budgetpolis vaak lager is dan voor een gemiddelde naturapolis.

²¹ Zorgweb 2023. Ontwikkeling van het aantal collectiviteiten 2023. Onderzoek naar de ontwikkeling van het collectiviteitenaanbod en de deelnamegraad.

²² Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1081.

In 2023 zijn er 60 verschillende polissen op de markt: 37 hiervan zijn naturapolissen waarvan 17 naturapolissen met beperkende voorwaarden, 7 restitutiepolissen en 16 combinatiepolissen.

In totaal hebben circa 4,3 miljoen mensen in 2023 een naturapolis met beperkende voorwaarden.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een naturapolis met beperkende voorwaarden per verzekeraar. Wel over het aantal naturapolissen met beperkende voorwaarden per verzekeraar in 2023: Achmea heeft 3 naturapolissen met beperkende voorwaarden, ASR 0, CZ 4, DSW 0, ENO 1, EUCARE 1, Menzis 1, ONVZ 0, VGZ 6 en Zorg en Zekerheid 1.

Vraag 144:

Hoeveel mensen hebben in 2023 een restitutiepolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2023 zijn er 60 verschillende polissen op de markt: 37 hiervan zijn naturapolissen, 7 restitutiepolissen en 16 combinatiepolissen.

In totaal hebben circa 0,8 miljoen mensen in 2023 een restitutiepolis.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal verzekerden met een restitutiepolis per verzekeraar. Wel over het aantal restitutiepolissen per verzekeraar in 2023: Achmea heeft 1 restitutiepolis, ASR 1, CZ 1, DSW 1, ENO 0, EUCARE 2, Menzis 1, ONVZ 0, VGZ 0 en Zorg en Zekerheid 0.

Vraag 145:

Hoeveel mensen hebben in 2023 een aanvullende polis afgesloten en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord:

In 2023 koos 82,5 procent van de verzekerden voor een aanvullende verzekering.²³ Er zijn bij het Ministerie van VWS geen gegevens bekend over het aantal afgesloten aanvullende verzekeringen per zorgverzekeraar.

Vraag 146:

Wat zou het kosten om het eigen risico te verlagen met € 100? Welk deel daarvan bestaat uit het zogeheten «remgeldeffect»?

Antwoord:

Als het verplicht eigen risico eenmalig wordt verlaagd, zal er meer via de premie en belasting moeten worden betaald om de zorgkosten te kunnen blijven betalen. Concreet kost het verlagen van het verplicht eigen risico met € 100 zo'n € 1,6 miljard. Hiervan betreft € 0,9 miljard de derving van de opbrengsten van het eigen risico. Het remgeldeffect is in Zorgkeuzes in Kaart²⁴ ingeschat op € 0,7 miljard²⁵, omdat mensen zich minder bewust zijn van de kosten en vaker een beroep zullen doen op de zorg.

Vraag 147:

Hoe staat het momenteel met het traject om fysiotherapie in het basispakket te brengen?

²³ Inzicht in het overstapeseizoen: verzekerden in beeld 2023 (Zorgthermometer Verzekerden in Beeld 2023.pdf (vektis.nl))

²⁴ <https://open.overheid.nl/repository/ronl-650dec52-fc51-4113-becf-e693e2955940/1/pdf/Zorgkeuzes%20in%20Kaart.pdf>

²⁵ Het remgeldeffect van het verlagen van het verplicht eigen risico is in Zorgkeuzes in Kaart doorgerekend voor 2021. Dit dient van een update voorzien te worden om de actuele stand van het remgeldeffect te bepalen. Dit is ook nodig i.v.m. de interactie met de maatregel waarbij er een maximumbedrag van € 150 per gedeclareerde prestatie voor medisch-specialistische zorg van toepassing is.

Antwoord:

Als onderdeel van het traject «Naar een passende aanspraak fysio- en oefentherapie» (PAFOZ) hebben partijen gewerkt aan het Kwaliteitskader Fysiotherapie en Oefentherapie en heeft de NZa op 18 december jl. het advies over passende bekostiging voor eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg gepubliceerd. Partijen bekijken nu met elkaar welke onderdelen van fysio- en oefentherapie voldoen aan de criteria van de Zvw. Op korte termijn verwacht het Ministerie van VWS een voortgangsrapportage van het Zorginstituut over het PAFOZ-traject. Aan de hand van de rapporten van het Zorginstituut en de NZa wordt in overleg met de betrokken overheids- én veldpartijen besproken welke onderdelen van de eerstelijns fysio- en oefentherapeutische zorg in aanmerking zouden kunnen komen om toe te voegen aan het basispakket per 1 januari 2025 of daarna. Zoals toegezegd in de Kamerbrief van 1 juni 2023 (Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1197), zal het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de Kamer begin 2024 nader informeren over het vervolg.

Vraag 148:

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

Antwoord:

Voor de doorontwikkeling van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is oorspronkelijk een ombuiging ingeboekt van € 100 miljoen in 2024, € 200 miljoen in 2025 en € 350 miljoen structureel vanaf 2026. De doorontwikkeling van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg krijgt vorm door registratie van een nieuw kwaliteitskader in het register van het Zorginstituut. De ombuiging voor 2024 is vervallen, omdat er onvoldoende voorbereidingstijd was voor de sector om te starten met de implementatie van het nieuwe kwaliteitskader. Dit is ook als zodanig verwerkt in de ontwerpbegroting 2024. Het in stand laten van de bezettingsnorm voor verpleeghuizen zou € 200 miljoen kosten in 2025 en zou structureel vanaf 2026 € 350 miljoen kosten.

Vraag 149:

Hoeveel wordt er de komende jaren naar verwachting bezuinigd op de ouderenzorg?

Antwoord:

De uitgaven aan Wlz-ouderenzorg stijgen naar verwachting van € 17,7 miljard in 2023 naar € 19,0 miljard in 2026. Hierbij is rekening gehouden met de tariefmaatregelen uit het coalitieakkoord, overige maatregelen en de groeiruimte uit de ontwerpbegroting op het terrein van de ouderenzorg. Dit betreft bedragen in prijspeil 2023. Hier komen dus nog de middelen voor de loon- en prijsbijstellingen voor 2024 t/m 2026 bovenop. De kern is dus dat er per saldo geen sprake is van bezuinigingen, maar van «minder meer» uitgaven. Ook de gemiddelde uitgaven per cliënt in de Wlz-ouderenzorg zullen toenemen, zoals de Minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft aangegeven in de brief van 8 juni jl. over de financiële ontwikkelingen op het terrein van de ouderenzorg in de Wlz²⁶.

Bijgaande tabel geeft een nadere toelichting op de geschetste uitgavenontwikkeling.

²⁶ Kamerstukken II, 2022–2023, 31 765, nr. 787.

Ontwikkeling uitgaven Wlz-ouderenzorg 2023-2026 (prijspeil 2023)					
Bedragen x 1 miljard					
	2023	2024	2025	2026	
1	Wlz-uitgaven ouderenzorg in 2023 (basis)	17,7	17,7	17,7	17,7
2	Maatregelen :		-0,11	-0,60	-0,73
	<i>waarvan meerjarig contracteren</i>			-0,14	-0,07
	<i>waarvan adoortontwikkeling kwaliteitskader</i>			-0,20	-0,35
	<i>waarvan taakstelling behandeling</i>			-0,08	-0,08
	<i>waarvan overige maatregelen</i>		-0,11	-0,19	-0,23
3	Groeiruimte		0,56	1,23	2,03
4	Uitgaven Wlz ouderenzorg (1+2+3)	17,7	18,2	18,3	19,0

Vraag 150:

Hoeveel wordt er de komende jaren naar verwachting bezuinigd op de gehandicaptenzorg?

Antwoord:

De uitgaven aan Wlz-gehandicaptenzorg stijgen naar verwachting van € 12,3 miljard in 2023 naar € 13,2 miljard in 2026. Hierbij is rekening gehouden met de tariefmaatregelen uit het coalitieakkoord, overige maatregelen en de groeiruimte uit de ontwerpbegroting op het terrein van de gehandicaptenzorg. Dit betreft bedragen in prijspeil 2023. Hier komen dus nog de middelen voor de loon- en prijsbijstelling voor 2024 tot en met 2026 bovenop. De kern is dus dat er per saldo geen sprake is van bezuinigingen, maar van «minder meer» uitgaven. Bijgaande tabel geeft een nadere toelichting op de geschetste uitgavenontwikkeling.

Ontwikkeling uitgaven Wlz-gehandicaptenzorg 2023-2026 (prijspeil 2023)					
Bedragen x 1 miljard					
	2023	2024	2025	2026	
1	Wlz-uitgaven gehandicaptenzorg in 2023 (basis)	12,3	12,3	12,3	12,3
2	Maatregelen :		-0,03	-0,30	-0,28
	<i>waarvan meerjarig contracteren</i>			-0,09	-0,05
	<i>waarvan taakstelling behandeling</i>			-0,09	-0,09
	<i>waarvan overige maatregelen</i>		-0,03	-0,12	-0,14
3	Groeiruimte		0,40	0,76	1,17
4	Totaal Wlz-uitgaven gehandicaptenzorg	12,3	12,7	12,8	13,2

Vraag 151:

Hoeveel wordt er de komende jaren naar verwachting bezuinigd op de geestelijke gezondheidszorg?

Antwoord:

Het huidige beleid van het demissionaire kabinet leidt tot een stijging van de uitgaven in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De uitgaven in de ggz (curatieve ggz, langdurige ggz en beschermd wonen) zijn daarnaast de afgelopen jaren niet afgenomen maar toegenomen, het betreft een stijging van € 5,5 miljard in 2016 naar € 9,3 miljard in 2023.

(Bedrag x 1 miljoen euro)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
GGZ	5.533	5.736	5.875	6.593	7.145	6.312 ¹	8.428	9.314

¹ Deze daling in 2021 wordt veroorzaakt door een technische schadelastdip in de uitgavencijfers door de overgang naar het zorgprestatie-model in de curatieve ggz, dit heeft geen effect op de daadwerkelijk geleverde zorg.

Vraag 152:

Hoeveel zou het kosten om de bezuinigingen die de komende jaren voor de Wlz zijn gepland te schrappen?

Antwoord:

In de bijgevoegde tabel vind u een overzicht van alle ombuigingen in de Wlz voor de komende jaren. Dit zijn allen maatregelen die moeten bijdragen aan een meer houdbare uitgavenontwikkeling van de Wlz. Het schrappen van onderstaande maatregelen zal in 2024 leiden tot een kostenpost van € 203 miljoen oplopend tot een kostenpost van € 1,1 miljard in 2028. De structurele meerkosten zullen een bedrag van € 2 miljard bedragen. Daar ombuigingen voor het jaar 2024 reeds in de Wlz tarieven zijn opgenomen acht de Minister voor Langdurige zorg en Sport het niet reëel deze maatregelen alsnog te kunnen schrappen. Het schrappen van maatregelen in latere jaren is voor zover mogelijk aan een nieuw kabinet.

Wlz	2024	2025	2026	2027	2028	Struc.
<i>Doorontwikkeling kwaliteitskader</i>	0	- 200	- 350	- 350	- 350	- 350
<i>Meerjarig contracteren</i>	0	- 245	- 135	- 135	- 135	- 135
<i>Behandeling Wlz</i>	0	- 170	- 170	- 170	- 170	- 170
<i>Maatwerk PGB</i>	0	- 30	- 60	- 110	- 110	- 110
<i>Scheiden wonen en zorg</i>	- 86	- 130	- 173	- 217	- 257	- 1.200
<i>Herijking NHC-tarieven</i>	- 117	- 117	- 117	- 117	- 117	- 117
<i>Subtotaal Wlz</i>	- 203	- 892	- 1005	- 1099	- 1139	- 2082

Vraag 153:

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

Antwoord:

In juli 2020 is de publicatie «Zorgkeuzes in Kaart» uitgebracht²⁷. In die publicatie is ingegaan op de voor- en nadelen van verbreding van het verbod op winstuitkering naar de gehele zorg. Conclusie was dat het verbieden van winstuitkering positieve en negatieve effecten kan hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Kwantificering van het budgettaire effect bleek niet mogelijk. Wel is destijds geconcludeerd dat een algeheel verbod op winstuitkering leidt tot transitiekosten bij zorgaanbieders die in de huidige situatie winst uit mogen keren. Deze transitiekosten werden geraamd op jaarlijks € 80 miljoen gedurende twee jaar.

Vraag 154:

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:

Op 14 december jl. heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport uw kamer geïnformeerd²⁸ over de stand van zaken met betrekking tot de beloning in de zorg (ten opzichte van andere sectoren). Met deze brief is ook een onderzoek van AWWN naar uw Kamer gestuurd waarin zij de eindsalarissen in de verschillende salarisschalen van een zevental cao's

²⁷ Zorgkeuzes in Kaart | Publicatie | Rijksoverheid.nl

²⁸ https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2023Z20215&did=2023D49373

binnen zorg en welzijn vergelijken met de mediaan van de eindsalarissen in respectievelijk de marktsector en de publieke sector. Hierbij zijn de cao's vergelijkbaar gemaakt op basis van een conversie van de onderliggende functiewaarderingssystemen. Uit het onderzoek komt een divers beeld naar voren als het gaat om de zeven onderzochte cao's binnen zorg en welzijn. De lonen binnen de umc's liggen voor alle functieniveaus op of boven de mediaan van de marktsector en publieke sector. Voor de cao's van de VVT, GGZ, ziekenhuizen en gehandicaptenzorg geldt in hoofdlijnen dat de eindsalarissen aan de onderkant van het loongebouw (tot en met fwg-schaal 35) rond de mediaan van de publieke sector liggen en iets boven de mediaan van de marktsector. Voor het midden van het loongebouw (fwg-schaal 40 tot en met fwg-schaal 65) geldt dat de eindsalarissen in de vier zorgcao's gemiddeld circa 5 tot 6% achterblijft bij de mediaan van zowel de markt als de publieke sector. De eindsalarissen aan de bovenkant van het loongebouw in de vier zorgcao's liggen boven de mediaan van de marktsector en de publieke sector. Voor de cao Jeugdzorg geldt dat het eindsalaris over de hele linie lager ligt dan de mediaan van de marktsector en publieke sector. Voor de cao sociaal werk geldt dat deze over de hele linie lager ligt dan de mediaan van de publieke sector en vanaf het niveau van FWG 45 ook lager dan de mediaan in de marktsector.

We beschikken over onvoldoende gegevens om precies te berekenen hoeveel het zou kosten om de lonen van alle medewerkers in de zorg te verhogen naar het niveau van vergelijkbare functies in de publieke sector en de marktsector. Niet iedereen in de zorg valt onder één van de zeven cao's waar het AWWN-onderzoek naar is gekeken. Voor de andere cao's binnen de zorg is diezelfde informatie niet voor handen. Bovendien is voor de branches jeugdzorg en sociaal werk geen informatie beschikbaar over de verdeling van de medewerkers over de verschillende schalen, hetgeen wel nodig is om een precieze berekening te maken. Tot slot is ook nog relevant dat er zonder overeenstemming met een meerderheid van de werkgevers niet gedifferentieerd kan worden in het ova-percentage. Geen differentiatie in het ova-percentage zou bijvoorbeeld betekenen dat er ook extra arbeidsvoorwaardenruimte bij de umc's (waar het salaris al boven marktconform is) terecht zal komen als er extra arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar wordt gesteld om de lonen in andere branches/cao's te verhogen.

Dat gezegd hebbende zal de ova met circa 4,5 procentpunt moeten worden verhoogd om sociale partners in de VVT, ziekenhuizen, GGZ en gehandicaptenzorg in staat te stellen om afspraken te maken om de achterstand in het midden van het loongebouw van die cao's ten opzichte van de markt en de publieke sector in te lopen. Dit kost circa 2,5 tot 3 miljard euro structureel. Een hele grove inschatting is dat het daarnaast nog eens circa 1 miljard euro structureel kost om de lonen in het sociaal domein (cao's jeugdzorg en sociaal werk) te verhogen naar het niveau van de mediaan van de marktsector/publieke sector.

Vraag 155:

Hoeveel zou het kosten om de lonen van verpleegkundigen, verzorgenden en de zorgmedewerkers in de laagste loonschalen te verhogen naar het niveau van vergelijkbare functies in de publieke sector en de marktsector?

Antwoord:

Zoals volgt uit het antwoord op vraag 154 is het niet mogelijk om dit precies te berekenen. Verder is ook in het antwoord op vraag 154 aangegeven dat in de meeste cao's in de zorg de eindsalarissen in de laagste loonschalen al rond of boven het niveau van de mediaan van de marktsector en publieke sector ligt. Het zou in dit geval dus alleen om het

verhogen van het salaris van verpleegkundigen en verzorgenden niveau mbo 3 gaan.

Een hele grove berekening wijst erop dat het circa 650 miljoen euro structureel zou kosten om de lonen van verpleegkundigen en verzorgenden niveau mbo 3 te verhogen naar het niveau van vergelijkbare functies qua functiezwaarte in de marksector en publieke sector. Daarbij moet worden opgemerkt dat deze berekening er vanuit gaat dat de extra arbeidsvoorwaardenmiddelen precies kunnen worden gestuurd, wat in de praktijk niet realistisch is. Het aantal verzorgenden en verpleegkundigen is namelijk scheef verdeeld over de verschillende branches en cao's. Een generieke verhoging van het ova-percentage voldoet dan niet. Om de middelen op de juiste plek te krijgen zou er differentiatie plaats moeten vinden in het ova-percentage voor de verschillende budgettaire kaders en analoog in gereguleerde tarieven en zouden zorginkopers deze extra middelen op de juiste manier moeten doorgeven. Complicerend daarbij is dat de budgettaire kaders niet 1 op 1 overeenkomen met de cao's. Er is bijvoorbeeld 1 kader medisch specialistische zorg, waarmee middelen beschikbaar worden gesteld die terecht komen bij werkgevers die vallen onder de cao's umc's, ziekenhuizen en zelfstandige klinieken. Tot slot gaat de berekening er vanuit dat in alle relevante cao's aparte loonschalen voor verpleegkundigen en verzorgenden worden afgesproken en dat alleen die extra worden verhoogd.

Vraag 156:

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

Antwoord:

Het CPB gaat er in Keuzes in Kaart 2025–2028 van uit dat de maatregel om alle nieuwe artsen te verplichten tot loondienst (overigens in combinatie met een bezoldigingsmaximum onder de WNT) resulteert in een beperkte ombuiging van 0,0 miljard euro in 2028. Structureel betreft deze maatregel volgens het CPB een grotere ombuiging die zij echter niet nader heeft gekwantificeerd. Volgens de actualisatie van de Ombuigingslijst 2023 kan met de afkoop van goodwill een incidentele intensivering gemoeid zijn. Het bedrag voor het afkopen van goodwill kan bij de rechter hoger of lager uitvallen. Een dergelijke maatregel vergt nadere uitwerking en kent afhankelijk van de variant verschillende voor- en nadelen die van belang zijn bij besluitvorming.

Vraag 157:

Welk percentage van de geneesmiddelen die in Nederland worden gebruikt wordt momenteel geproduceerd binnen de EU? Kunt u dit zowel uitdrukken als percentage van het aantal verschillende middelen en als percentage van de totale hoeveelheid gebruikte middelen?

Antwoord:

Het is niet mogelijk een dergelijk overzicht te produceren voor Nederland of de EU. Er zijn meer dan 16.000 geregistreerde geneesmiddelen alleen al in Nederland. Daarbij worden geneesmiddelen geproduceerd in verschillende stappen, op verschillende locaties, vaak wereldwijd. Er is daarom geen eenduidig, algemeen, beeld te geven over de productielocaties van alle stappen van de productieketen van alle geneesmiddelen. Daarnaast zijn de desbetreffende productievolumes bedrijfsvertrouwelijke informatie, waar het Ministerie van VWS geen toegang toe heeft.

Vraag 158:

Wat is de huidige stand van zaken van het onderzoek naar oversterfte dat vanuit ZonMw wordt gefinancierd?

Antwoord:

De eerste resultaten van de onderzoeken naar oversterfte die zijn uitgezet door ZonMW zijn onlangs openbaar beschikbaar gekomen op de website van ZonMw²⁹. De komende periode zal de website worden bijgewerkt zodra onderzoeken zijn afgerond. Hier kunt u dus altijd de meest recente informatie vinden. Wanneer alle 20 onderzoeken gepubliceerd zijn, zal het Ministerie van VWS uw Kamer informeren over de onderzoeksresultaten en eventuele vervolgstappen. Naar verwachting is dit medio 2024.

Vraag 159:

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 geneesmiddelen in 2022 ongeveer € 97 miljoen. Van dit bedrag werd, vanwege de maximering van de eigen bijdrage op € 250, ongeveer de helft al door verzekeraars betaald. De andere helft van dit bedrag kwam voor rekening van verzekerden.

Het is aannemelijk dat afschaffen van de eigen bijdrage meer kost dan € 97 miljoen. De eigen bijdrage geldt nu namelijk niet voor alle geneesmiddelen, maar voor de geneesmiddelen waarvan er ook een onderling vervangbaar alternatief is dat goedkoper is. En heeft als doel om doelmatig geneesmiddelengebruik te bevorderen. Na afschaffing is er voor de gebruikers van geneesmiddelen geen financiële prikkel meer om te kiezen voor zo een vergelijkbaar, maar goedkoper geneesmiddel. Afschaffen van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen betekent dus hogere uitgaven aan geneesmiddelen wat naar verwachting tot hogere nominale premies zal leiden.

Vraag 160:

Kunt u schetsen wat de impact zal zijn van de nieuwe verdeling van arts in opleiding tot specialist (AIOS)-plekken op de verschillende opleidingen en de betrokken ziekenhuizen?

Antwoord:

Een evenwichtiger verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten over Nederland heeft tot doel bij te dragen aan betere spreiding van werkzame medisch specialisten over het land, zodat het aanbod van medisch-specialistische zorg beter aansluit bij de regionale zorgvraag. De nieuwe verdeling leidt ertoe dat sommige regio's (relatief) meer opleidingsplaatsen krijgen en andere (relatief) minder. Het totale aantal opleidingsplaatsen per specialisme wordt hierdoor niet beïnvloed. Het nieuwe verdeelcriterium betreft alleen de jaarlijks te verdelen nieuwe opleidingsplaatsen met ingang van 2024. Gezien de lange opleidingsduur van medisch specialisten, vindt de beweging richting een nieuw evenwicht zodoende geleidelijk plaats.

De precieze gevolgen op opleidings- en instellingsniveau zijn niet aan te geven. Behalve dat deze over een reeks van jaren gestalte zullen krijgen, hangen de gevolgen mede af van de afspraken die veldpartijen maken over de verdeling van opleidingsplaatsen en van de keuzes die individuele instellingen daarbij maken.

Vraag 161:

Hoeveel gemeenten bieden een meerkostenregeling voor chronisch zieken of mensen met een beperking aan?

²⁹ Zie: <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/resultaten-onderzoeken-lijn-2>

Antwoord:

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beschikt niet over de exacte cijfers over het aantal gemeenten die een meerkostenregeling voor mensen met een beperking en/of chronische ziekte aanbiedt. Gelet op de beleidsruimte en bestedingsvrijheid van gemeenten wordt namelijk lokaal naar eigen inzicht beleid ontwikkeld voor de genoemde doelgroep. Gemeenten kunnen hiervoor verschillende instrumenten inzetten, zoals een minimapolis of bijzondere bijstand. Naast algemene maatwerkvoorzieningen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 die uitkomst kunnen bieden voor de doelgroep kunnen gemeenten ervoor kiezen een meerkostenregeling te hanteren die een financiële tegemoetkoming biedt voor de doelgroep die geconfronteerd wordt met hoge (zorg)kosten.

Vraag 162:

Hoeveel gemeenten zijn de afgelopen twee jaar gestopt met het aanbieden van een meerkostenregeling voor chronisch zieken of mensen met een beperking?

Antwoord:

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beschikt niet over cijfermateriaal over het aantal gemeenten die mogelijk gestopt is met het aanbieden van een meerkostenregeling voor mensen met een beperking of chronische ziekte. Gelet op de beleidsruimte en bestedingsvrijheid van gemeenten wordt namelijk lokaal naar eigen inzicht beleid ontwikkeld voor de genoemde doelgroep. Het aanbod van gemeenten kan omwille van diverse redenen wijzigen.

Vraag 163:

Hoeveel middelen zijn als transactiegelden via een SPUK-uitkering aan gemeenten verstrekt?

Antwoord:

In tabel 77 van de ontwerpbegroting 2024 zijn zowel de bedragen die het ministerie de via specifieke uitkeringen aan medeoverheden (gemeenten en provincies) de afgelopen twee jaar heeft uitgekeerd als de bedragen die de komende jaren beschikbaar heeft gesteld.

Vraag 164:

Wat is de meest actuele inschatting van de budgettaire effecten van het afschaffen van de eigen bijdrage voor de kraamzorg?

Antwoord:

Volgens gegevens van het Zorginstituut bedraagt het totaal van eigen bijdragen in de kraamzorg in 2021 ruim € 23 miljoen. De eigen bijdrage voor kraamzorg is gestegen van € 4,60 per uur in 2021 naar € 5,10 per uur in 2024. Uitgaande van een gelijkblijvend gebruik zou het afschaffen circa € 26 miljoen kosten. De verwachting is dat het afschaffen van de eigen bijdrage kraamzorg echter meer kost. Het aantal uren kraamzorg dat iemand vergoed krijgt, is minimaal 24 uur en maximaal 80 uur. Het aantal uur kraamzorg volgt uit het Landelijk Indicatie Protocol, meestal wordt 49 uur geïndiceerd. Het gemiddeld aantal kraamzorg ligt nu op circa 30 uur per geboorte. Het afschaffen van de eigen bijdrage heeft naar verwachting ook een aanzuigende werking op de vraag naar kraamzorg waardoor de kosten van afschaffen verder oplopen. Door capaciteitsproblemen zouden echter bij een stijgende vraag niet op korte termijn alle uren geleverd kunnen worden, waardoor het daadwerkelijk gebruik mogelijk minder hard stijgt. De inschatting is daarom dat het afschaffen van de eigen bijdrage kraamzorg rond de € 35 miljoen per jaar kost (gebaseerd op aantal geboortes en circa 40 uur kraamzorg per geboorte).

Vraag 165:

Hoeveel winst maakten zorgverzekeraars afgelopen jaar op collectieve zorgverzekeringen die in samenwerking met gemeenten aangeboden werden? En hoe hoog was die winst in respectievelijk 2010 tot en met 2023?

Antwoord:

Zorgverzekeraars publiceren hun resultaten niet per polis (modelovereenkomst) en evenmin per (soort) collectiviteit. Ook de gemeentelijke bijdrage per collectief is niet inzichtelijk. Derhalve kan geen antwoord worden gegeven op deze vraag.

Vraag 166:

Zijn winstuitkeringen door zorgverzekeraars op dit moment toegestaan? Hoeveel winst is er door welke verzekeraars uitgekeerd?

Antwoord:

Het is zorgverzekeraars toegestaan winst na te streven en deze eventueel uit te keren. Desondanks hebben zorgverzekeraars sinds de invoering van de Zvw in 2006 nog nooit winst uitgekeerd en opereren zij zonder winsttoogmerk. In de huidige statuten van Zorgverzekeraars Nederland is bepaald dat aangesloten zorgverzekeraars niet primair gericht zijn op het maken van winst. Positieve resultaten van zorgverzekeraars blijven binnen de zorg. Deze worden voor het overgrote deel aan de premiebetaler teruggegeven, via een lagere premie. Het overige wordt aan de reserves toegevoegd om te voldoen aan de wettelijke reserve-eisen voor (zorg)verzekeraars.

Vraag 167:

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 2022 (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 2022 bijna € 10,2 miljard. Hiervan is bijna € 7,4 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 138%.

Solvabiliteit basisverzekering 2022, Solvency II (bedragen voor 2022 x € 1 mln.)

	2022	Aanwezige solvabiliteit 2022	Vereiste solvabiliteit 2022	Marge tussen aanwezige en vereiste solvabiliteit 2022
ASR	124%	210	169	41
CZ	145%	2.440	1.683	757
DSW ¹	128%	407	318	89
Salland	131%	80	61	19
Menzis	128%	1.174	915	259
ONVZ	128%	200	157	43
VGZ	129%	2.337	1.814	523
Z&Z	151%	337	223	114
ZK	147%	2.988	2.035	953
Macro	138%	10.172	7.375	2.797

¹ Inclusief Stad Holland.

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 168:

Hoe heeft de solvabiliteit bij zorgverzekeraars zich de afgelopen jaren ontwikkeld?

Antwoord:

Voor 2022 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's voor de jaren 2014 t/m 2022. 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 2022 bijna € 10,2 miljard. Hiervan is bijna € 7,4 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 138%.

Solvabiliteit basisverzekering 2014–2022, Solvency II (bedragen voor 2022 x € 1 mln.)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Aanwezige solvabiliteit 2022	Vereiste solvabiliteit 2022
ASR	151%	146%	144%	138%	140%	144%	140%	138%	124%	210	169
CZ	163%	169%	173%	149%	157%	154%	160%	160%	145%	2.440	1.683
DSW ¹	154%	157%	141%	147%	134%	130%	144%	145%	128%	407	318
Salland	114%	108%	160%	159%	166%	155%	144%	146%	131%	80	61
Menzis	129%	124%	123%	129%	138%	145%	142%	132%	128%	1.174	915
ONVZ	157%	166%	142%	121%	132%	124%	155%	142%	128%	200	157
VGZ	137%	155%	149%	141%	142%	143%	136%	136%	129%	2.337	1.814
Z&Z	172%	188%	157%	151%	165%	168%	171%	158%	151%	337	223
ZK	162%	174%	167%	137%	141%	146%	149%	138%	147%	2.988	2.035
Macro	151%	160%	155%	140%	145%	146%	148%	142%	138%	10.172	7.375

¹ Inclusief Stad Holland.

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 169:

Als de volledige reserve zou worden ingezet voor premieverlaging, hoeveel zouden de premies dan dalen?

Antwoord:

Verzekeraars hadden ultimo 2022 bijna € 10,2 miljard aan reserves, maar daarvan is bijna € 7,4 miljard op basis van Solvency II verplicht. In de raming van de nominale premie 2024 in de VWS-begroting 2024 is verondersteld dat de verzekeraars een deel van hun reserves zullen afbouwen, namelijk € 150 miljoen. Indien rekening was gehouden met een volledige afbouw van de niet-verplichte reserves van verzekeraars (€ 2,8 miljard), dan zou dit een eenmalig premie-dempend effect van circa € 90 per verzekerde hebben. Echter, om continu te kunnen voldoen aan de solvabiliteitsnormen houden zorgverzekeraars zelf een door hen veilig geachte marge boven het wettelijk vereiste minimum aan. Ook bepalen ze zelf hoeveel reserves zij daadwerkelijk inzetten en iedere zorgverzekeraar maakt daarin een eigen keuze. Zorgverzekeraars zetten in op een stabiele premieontwikkeling en dus op een geleidelijke inzet van reserves. Reserves kunnen namelijk maar één keer worden ingezet. Indien verzekeraars in één keer alle niet-verplichte reserves afbouwen, leidt dit in het daaropvolgende jaar tot een forse premiestijging doordat verzekeraars niet langer de reserves kunnen inzetten om de premiestijging te dempen.

Vraag 170:

Kunt u een overzicht sturen van wat de winsten van alle zorgverzekeraars in totaal en afzonderlijk waren vanaf 2006 tot en met 2023?

Antwoord:

In de tabel hieronder vindt u de resultaten van zorgverzekeraars gezamenlijk vanaf 2007.

Jaar	Resultaat (x € 1 miljoen)
2007	- 269
2008	- 218
2009	464
2010	125
2011	381
2012	937
2013	1.229
2014	974
2015	375
2016	- 309
2017	- 566
2018	265
2019	290
2020	137
2021	- 395
2022	- 566

Bron: Voor 2007–2013 DNB en 2014–2022 jaarcijfers verzekeraars.

De jaren 2007 t/m 2013 zijn gebaseerd op de verslagstaten van DNB waarin een landelijk overzicht van het resultaat technische rekening zorgverzekeraars voor de basisverzekering werd gepubliceerd. Deze resultaten werden gepresenteerd op basis van Solvency I-cijfers en kunnen daardoor niet worden aangevuld met de cijfers na 2015. Vanaf 2016 is Solvency II ingegaan en worden de resultaatcijfers gebaseerd op de jaarcijfers die zorgverzekeraars openbaar publiceren in de zogeheten transparantieoverzichten. Sinds 2014 presenteren zorgverzekeraars zelf wel al cijfers op basis van Solvency II voor de basisverzekering op hun website. De jaren 2014–2022 betreft het resultaat op de basisverzekering

inclusief beleggingsopbrengsten en na inzet van het resultaat voor lagere premies in het komende jaar.

Onderstaande tabel geeft de resultaten en de bestemming van de resultaten per concern voor 2022 weer. Deze resultaten zijn voorafgaand aan de aftrek van de teruggave in de premie 2023. Het resultaat over 2023 is nog niet bekend.

Resultaat en bestemming resultaat basisverzekering 2022 (in € miljoen)

Concern	Resultaat in 2022 (x € 1 miljoen)	Bestemming lagere premie 2023 (x € 1 miljoen)	Bestemming toevoeging reserves (x € 1 miljoen)
ASR	- 11	0	- 8
CZ	48	155	- 107
DSW	- 1	23	- 25
Salland	- 8	8	0
Menzis	- 80	66	- 146
ONVZ	- 18	25	- 43
VGZ	- 169	25	- 194
Z&Z	- 18	19	- 37
Zilveren Kruis	- 7	0	- 7

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

Vraag 171:

Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2023? Welke reserves waren wettelijk verplicht? En hoe hoog waren die bedragen in respectievelijk 2009 tot en met 2022?

Antwoord:

Voor 2022 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's voor de jaren 2014 t/m 2022. 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 2022 bijna € 10,2 miljard. Hiervan is bijna € 7,4 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 138%.

Solvabiliteit basisverzekering 2014-2022, Solvency II (voor 2022 x € 1 mln.)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Aanwezige solvabiliteit 2022	Vereiste solvabiliteit 2022
ASR	151%	146%	144%	138%	140%	144%	140%	138%	124%	210	169
CZ	163%	169%	173%	149%	157%	154%	160%	160%	145%	2.440	1.683
DSW ¹	154%	157%	141%	147%	134%	130%	144%	145%	128%	407	318
Salland	114%	108%	160%	159%	166%	155%	144%	146%	131%	80	61
Menzis	129%	124%	123%	129%	138%	145%	142%	132%	128%	1.174	915
ONVZ	157%	166%	142%	121%	132%	124%	155%	142%	128%	200	157
VGZ	137%	155%	149%	141%	142%	143%	136%	136%	129%	2.337	1.814
Z&Z	172%	188%	157%	151%	165%	168%	171%	158%	151%	337	223
ZK	162%	174%	167%	137%	141%	146%	149%	138%	147%	2.988	2.035
Macro	151%	160%	155%	140%	145%	146%	148%	142%	138%	10.172	7.375

¹ Inclusief Stad Holland.

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 172:

Hoe hebben de reserves van de verzekeraars zich jaarlijks ontwikkeld? Kunt u een overzicht hiervan geven van de verzekeraars in totaliteit en de afzonderlijke verzekeraars vanaf 2004?

Antwoord:

Voor 2022 (het jaar waarvoor de meest recente cijfers beschikbaar zijn) vindt u hieronder de aanwezige en vereiste solvabiliteit basisverzekering en de solvabiliteitsratio's voor de jaren 2014 t/m 2022. Gegevens over de solvabiliteit zijn niet beschikbaar voor 2004 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 2022 bijna € 10,2 miljard. Hiervan is bijna € 7,4 miljard wettelijk vereist. De solvabiliteitsratio bedraagt gemiddeld 138%.

Solvabiliteit basisverzekering 2014–2022, Solvency II (voor 2022 x € 1 mln.)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Aanwezige solvabiliteit 2022	Vereiste solvabiliteit 2022
ASR	151%	146%	144%	138%	140%	144%	140%	138%	124%	210	169
CZ	163%	169%	173%	149%	157%	154%	160%	160%	145%	2.440	1.683
DSW ¹	154%	157%	141%	147%	134%	130%	144%	145%	128%	407	318
Salland	114%	108%	160%	159%	166%	155%	144%	146%	131%	80	61
Menzis	129%	124%	123%	129%	138%	145%	142%	132%	128%	1.174	915
ONVZ	157%	166%	142%	121%	132%	124%	155%	142%	128%	200	157
VGZ	137%	155%	149%	141%	142%	143%	136%	136%	129%	2.337	1.814
Z&Z	172%	188%	157%	151%	165%	168%	171%	158%	151%	337	223
ZK	162%	174%	167%	137%	141%	146%	149%	138%	147%	2.988	2.035
Macro	151%	160%	155%	140%	145%	146%	148%	142%	138%	10.172	7.375

¹ Inclusief Stad Holland.

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 173:

Hoe hoog is het bedrag dat zorgverzekeraars uitgeven aan reclame? En hoe hoog waren die bedragen in respectievelijk 2009 tot en met 2022?

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 2014–2022 op concernniveau (x € 1.000), basisverzekering

Concern	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ASR	90	878	150	74	162	321	235	493	573
CZ	5.751	6.589	4.449	4.975	4.464	2.984	3.048	2.815	2.792
DSW – SH	669	484	792	836	853	807	851	943	1.023
Salland	1.031	686	767	918	900	883	636	444	830
Menzis	5.132	4.835	4.408	3.900	3.710	3.545	2.881	3.535	3.339
ONVZ	886	977	1.404	869	882	693	1.657	1.192	1.390
VGZ	6.802	6.286	4.581	5.962	4.877	4.950	4.667	5.170	4.970
Zorg & Zekerheid	1.269	1.277	1.288	1.455	1.511	1.254	1.117	1.332	1.170
Zilveren Kruis	18.106	13.457	16.153	11.093	12.326	8.307	5.922	7.352	4.622
Eindtotaal	39.736	35.469	33.992	30.082	29.685	23.744	21.014	23.276	20.709
Gemiddeld per premiebetaler (in €)	3,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,7	1,5	1,7	1,5

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014–2021 zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

Vraag 174:

Kunt u aangeven wat sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 de jaarlijkse verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar eigen betalingen is geweest?

Antwoord:

Voor een overzicht van zorg die sinds de inwerkingtreding van de Zvw per 1 januari 2006 niet langer collectief gefinancierde zorg is, wordt verwezen naar het antwoord op vraag 136.

Verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar kosten die voor rekening van de verzekerde komen, kan ook plaatsvinden door de introductie van eigen bijdragen of toepassing van het verplicht eigen risico. Een aantal eigen bijdragen die sinds 2006 is ingevoerd zijn reeds in 2009, 2013 en 2014 vervallen. Dat zijn de eigen bijdragen voor psychotherapie en eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Aanvullend op de situatie van 2006 gelden momenteel alleen nog eigen bijdragen voor pakketuitbreidingen die in 2020 (vergoeding voor logeren in plaats van vervoer) en in 2022 (medisch specialistische zorg met verblijf zonder verpleging, verzorging of paramedische zorg) zijn geïntroduceerd.

Vraag 175:

Hoeveel mensen stapten de afgelopen tien jaar meer dan een keer over naar een andere zorgverzekeraar?

Antwoord:

Informatie over het aantal mensen dat de afgelopen tien jaar meer dan één keer is overgestapt is niet beschikbaar. Wel heeft Vektis in de publicatie «Inzicht in het overstapseizoen: verzekerden in beeld 2023» inzichtelijk gemaakt hoe vaak mensen de afgelopen negen jaar overstapten. 16,9 procent van de verzekerden is sinds 2014 twee keer of vaker overgestapt.

Vraag 176:

Hoeveel zorgverleners zijn in 2023 contractvrij gaan werken? Kunt u dit uitsplitsen per sector?

Antwoord:

VWS heeft hierover geen informatie beschikbaar.

De omvang van de niet-gecontracteerde zorg is hoog in de sectoren wijkverpleging en ggz. In het IZA zijn afspraken gemaakt om contractering te bevorderen.

Vraag 177:

Hoeveel premiegeld geven zorgverzekeraars uit om te controleren of patiënten recht hebben op een vergoeding?

Antwoord:

Uit de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering blijkt dat de totale schadebehandelingskosten voor de basisverzekering in 2022 ca. € 185 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 of verzekerden recht hebben op een vergoeding, is niet bekend.

Vraag 178:

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 2022 ca. € 185 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 179:

Hoeveel premiegeld gaan er naast reclame en acquisitiekosten gemoeid met het jaarlijkse «overstapmoment» van de zorgverzekeraars?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel geld er specifiek gemoeid is met het jaarlijkse «overstapmoment» van zorgverzekeraars. De totale beheerskosten (ook wel bedrijfs- of uitvoeringskosten genoemd) van zorgverzekeraars, waartoe ook uitgaven aan het overstapeseizoen horen, zijn wél bekend. De totale beheerskosten waren in 2022 gemiddeld € 90 per premiebetaler. Hier vallen alle kosten onder die geen directe zorgkosten zijn. Dit zijn bijvoorbeeld schadebehandelingskosten (gemiddeld ca. € 13 per premiebetaler), niet-verevenbare zorgkosten (gemiddeld ca. € 8 per premiebetaler), reclamekosten (gemiddeld ca. € 1 per premiebetaler), acquisitiekosten (gemiddeld ca. € 14 per premiebetaler) en overige beheerskosten, zoals beheers- en personeelskosten, afschrijvingen bedrijfsmiddelen, incassokosten, aantrekken en beheer collectieve contracten ed. (ca. € 52 per premiebetaler).

Vraag 180:

In hoeverre is er een gecoördineerde beleidsaanpak van ondervoeding bij ouderen, en zo nee, wat zou een dergelijke aanpak vragen aan extra middelen?

Antwoord:

De Staatssecretaris van VWS heeft in de afgelopen periode een financiële impuls gegeven aan de ontwikkeling van een aanpak op ondervoeding ouderen en ondersteuning van het partnernetwerk ondervoeding ouderen. VWS coördineert de gesprekken over de mogelijke borging van deze activiteiten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Ook zal het Voedingscentrum nog explicieter aandacht gaan geven aan het thema ondervoeding richting huisartsen en praktijkondersteuners. Voor kwetsbare ouderen is er een Handreiking waar ondervoeding deel van uitmaakt. We bezien wat verder nog nodig is en informeren de Kamer daarover in het tweede kwartaal van 2024.

Vraag 181:

Hoeveel procent van de VWS-begroting is gereserveerd voor leefstijlpreventie-maatregelen?

Antwoord:

Er is niet één leefstijlpreventiebudget. Vanuit de reguliere middelen op de VWS-begroting wordt er al jaren ingezet op leefstijl en preventie. Leefstijlpreventie zit integraal verweven in veel thema's en programma's. Hierdoor is een inschatting van een percentage niet te geven. In het huidige Coalitieakkoord is € 60 miljoen van 2022 tot en met 2025 vrijgemaakt voor de preventie aanpak met oog op leefstijl en mentale gezondheid. Hiervan wordt jaarlijks per thema circa € 10 miljoen ingezet voor tabaksontmoediging, het terugdringen van problematisch alcoholgebruik, het tegengaan van overgewicht, beweegstimulering, mentale gezondheid en lokaal preventiebeleid. Vanuit de enveloppe Volksziekten wordt daarnaast in 2023 tot en met 2025 jaarlijks circa € 20 miljoen beschikbaar gesteld voor de aanpak van obesitas, en in dezelfde periode jaarlijks circa € 50 miljoen voor gezonde leefstijl en omgeving. Daarnaast zijn vanuit het huidige Coalitieakkoord grotendeels tijdelijk extra middelen voor gemeenten beschikbaar gesteld voor het versterken van de sociale basis. Het gaat om circa € 50 tot € 60 miljoen per jaar over de periode van 2023 t/m 2026 die bedoeld zijn voor de wijkaanpak sociale basis, mantelzorg, Eén tegen Eenzaamheid en Welzijn op Recept. Deze middelen zijn onderdeel van de brede SPUK voor gemeenten.

Vraag 182:

Hoeveel geld van de VWS begroting gaat er de de de aankomende jaren naar leefstijlpreventie, uitgesplitst naar jaar?

Antwoord:

Vanuit de reguliere middelen op de VWS-begroting wordt er al jaren ingezet op leefstijl en preventie. Er is niet één leefstijlpreventiebudget. Leefstijlpreventie zit integraal verweven in veel thema's en programma's. In het huidige Coalitieakkoord is € 60 miljoen van 2022 tot en met 2025 vrijgemaakt voor de preventie aanpak met oog op leefstijl en mentale gezondheid. Hiervan wordt jaarlijks per thema circa € 10 miljoen ingezet voor tabaksontmoediging, het terugdringen van problematisch alcoholgebruik, het tegengaan van overgewicht, beweegstimulering, mentale gezondheid en lokaal preventiebeleid. Vanuit de enveloppe Volksziekten wordt daarnaast in 2023 tot en met 2025 jaarlijks circa € 20 miljoen beschikbaar gesteld voor de aanpak van obesitas, en in dezelfde periode jaarlijks circa € 50 miljoen voor gezonde leefstijl en omgeving. Daarnaast zijn vanuit het huidige Coalitieakkoord grotendeels tijdelijk extra middelen voor gemeenten beschikbaar gesteld voor het versterken van de sociale basis. Het gaat om circa € 50 tot € 60 miljoen per jaar over de periode van 2023 t/m 2026 die bedoeld zijn voor de wijkaanpak sociale basis, mantelzorg, Eén tegen Eenzaamheid en Welzijn op Recept. Deze middelen zijn onderdeel van de brede SPUK voor gemeenten.

Vraag 183:

Hoe zijn de middelen voor de aanpak van dak- en thuisloosheid tot nu toe besteed?

Antwoord:

De uitgaven voor de aanpak van dakloosheid maken deel uit van de totale uitgaven aan de Wmo. 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. Wel kan worden gemeld dat het grootste gedeelte van het jaarlijkse budget (€ 55 miljoen van de € 65 miljoen) voor de aanpak van dakloosheid in 2023 via een decentralisatie-uitkering (onderdeel Gemeentefonds) aan 43 centrumgemeenten is verstrekt. Daarnaast is in 2023 € 7 miljoen beschikbaar gesteld aan 6 pilot gemeenten voor de specifieke aanpak voor dakloze EU-burgers, conform het plan van aanpak dakloze EU-burgers. De resterende € 3 miljoen wordt via de begroting van het Ministerie van VWS ingezet voor landelijke monitoring, subsidies, opdrachten en apparaatskosten.

Vraag 184:

Hoe kan een opleidingsaanbod voor wijkverpleging worden vergoet zonder structurele financiering?

Antwoord:

In structurele financiering is reeds voorzien. Het opleidingsaanbod kan met een substantiële financiële impuls (€ 150 miljoen, zie antwoord vraag 32) doorontwikkeld worden door een opleidingsinfrastructuur neer te zetten en te bestendigen die het makkelijker moet maken om meer op te leiden met dezelfde middelen. Bijvoorbeeld door betere samenwerkingsmogelijkheden via regionale infrastructuren en door meer inzet van technologische innovaties in het opleiden, zoals de inzet van simulatieonderwijs.

Om deze opleidingsstructuur goed te kunnen benutten is structurele financiering beschikbaar voor het onderhouden van de opleidingsstructuur en anderzijds voor (de kosten van) het opleiden en begeleiden van leerlingen via deze opleidingsstructuur. Hiervoor is € 60 miljoen structureel beschikbaar in het kader wijkverpleging (zie pag. 108 Integraal Zorgakkoord). In overleg met bestuurlijke partijen wordt verkend op welke wijze en met welke instrumenten deze middelen voor scholing en opleiding met ingang van 2025 het beste ingezet kunnen worden.

Vraag 185:

Hoeveel onderuitputting was er in 2023 in de wijkverpleging?

Antwoord:

Bij de wijkverpleging wordt op basis van voorlopige inschattingen in 2023 een onderschrijding verwacht van € 835 miljoen. De onderbesteding van het budgettaire kader wijkverpleging is exclusief de uitgaven aan het fonds Wijkverpleging van € 75 miljoen waarover in het kader van het Integraal Zorgakkoord afspraken zijn gemaakt.

Vraag 186:

Kan worden aangegeven hoeveel de uitgaven aan intramurale geneesmiddelen de afgelopen vijf jaar zijn gestegen, zowel procentueel ten opzichte van de gehele zorgbegroting, procentueel ten opzichte van de curatieve zorg, en tot slot de exacte bedragen?

Antwoord:

Intramurale geneesmiddelen komen voor in verschillende onderdelen van de zorg. De uitgaven aan geneesmiddelen in de Wlz, alsmede de uitgaven aan goedkope geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg, worden niet apart bijgehouden.

Uitgaven aan dure intramurale en weesgeneesmiddelen worden echter wel bijgehouden. De stijging van deze geneesmiddelen staan zowel procentueel als in absolute bedragen aangegeven in de onderstaande tabel.

Relatieve uitgaven aan geneesmiddelen (in miljarden en percentages)

	2019	2020	2021	2022	2023 ¹
Bruto zorguitgaven	74,8	79,3	81,6	86,8	93,2
Bruto Zvw uitgaven	48,8	50,8	50,9	54,3	57,7
<i>Waarvan add ons dure en weesgeneesmiddelen</i>	2,2	2,3	2,6	2,6	2,7
<i>Kosten add ons als percentage zorguitgaven</i>	3,0%	2,9%	3,2%	3,0%	2,9%
<i>Kosten add ons als percentage Zvw</i>	4,5%	4,6%	5,0%	4,8%	4,7%

¹ Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2e suppletore wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e suppletore wet actuelere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2e suppletore wet, omdat deze bijstelling pas budgettair wordt verwerkt in het aankomende VWS jaarverslag.

Vraag 187:

Waarvoor was het geld dat nu ingeboekt wordt als Wlz-ramingsbijstelling oorspronkelijk bedoeld?

Antwoord:

De middelen die zijn ingeboekt als ramingsbijstelling waren oorspronkelijk bedoeld voor de inzet van Wlz-zorg. Op grond van uitvoeringsinformatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bleken deze middelen als overdekking beschikbaar om vanaf 2025 over te hevelen naar het Gemeentefonds. Daarmee worden ze ingezet als onderdeel van de dekking voor de compensatie aan gemeenten voor de hoger dan geraamde aanzuigende werking voor het abonnementstarief.

Vraag 188:

Wat is de reden achter de verlaging van het beschikbare budget voor pgb-houders?

Antwoord:

Bij PGB op Maat staat de zorgvraag van de cliënt centraal bij de toekenning van het pgb-budget. Zorgkantoren kennen niet meer automatisch het maximale zorgbudget toe zoals dat gekoppeld is aan een zorgprofiel.

In de praktijk betekent dit dat budgethouders aan de hand van hun budgetplan het gesprek voeren met het zorgkantoor, waarna het zorgkantoor een budget op maat toekent. Budgethouders ontvangen het bedrag dat ze nodig hebben op basis van hun daadwerkelijke zorgvraag, met een marge voor als tijdelijk meer of andere zorg nodig is. Opgedane ervaringen met PGB op Maat laten zien dat de werkwijze leidt tot een doelmatiger inzet van pgb. Om deze reden is het totale beschikbare budget voor pgb Wlz budgethouders verlaagd.

Vraag 189:

Welke rechtmatigheidsissues spelen er met betrekking tot de regeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KiPZ)? Voor welke bedragen worden onzekerheden of rechtmatigheden verwacht in 2023, respectievelijk in 2024?

Antwoord:

Aan verlenging van de Subsidieregeling voor het subsidiejaar 2024 zijn staatssteunrisico's verbonden. Onder meer vanwege jurisprudentie zijn deze risico's door het ministerie als zodanig ingeschat. Met de eenmalige verlenging van de Subsidieregeling KiPZ voor 2024 kunnen deze risico's niet worden weggenomen. De subsidieregeling KiPZ krijgt vanaf 2025 een

vervolg in het financiële instrumentarium van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ). Hierbij zal de rechtmatigheid worden geborgd en de regeling overeenkomstig de staatssteunregels worden opgesteld, hetgeen bijdraagt aan de reeds ingeslagen weg om het financieel beheer te verbeteren. De Subsidieregeling KiPZ heeft een subsidieplafond van € 227,5 miljoen voor 2023 en 2024.

Vraag 190:

Hoe groot schat u de risico's op dubbele financiering en op onterechte staatssteun bij de regeling KiPZ?

Antwoord:

Om het risico op dubbelfinanciering te verlagen zijn mitigerende maatregelen opgenomen in de Subsidieregeling KiPZ. Zo worden in artikel 4 van de regeling zijn een aantal subsidieregelingen expliciet met naam genoemd waarmee de opleidingen niet mogen samenvallen. Deze lijst is echter niet uitputtend samengesteld, en om die reden dient in het subsidieaanvraagproces verklaard te worden dat er geen sprake is van dubbelfinanciering. Andere maatregelen zijn het overleggen van een controleverklaring door een accountant, het verrichten van steekproeven en het overleggen van een bestuursverklaring. Ten aanzien van de vraag hoe groot de risico's worden ingeschat op onterechte staatsteun, heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport uw Kamer geïnformeerd in de voorhangbrief van 13 oktober 2023 (Kamerstukken II 2023–2024, 29214–101) namelijk dat de staatssteunrisico's zowel juridisch als financieel als onrechtmatig worden beschouwd. Derhalve worden geen mitigerende maatregelen genomen om deze risico's te beperken. De subsidieregeling KiPZ krijgt vanaf 2025 een vervolg in het financiële instrumentarium van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ). Hierbij zal de rechtmatigheid worden geborgd en de regeling overeenkomstig de staatssteunregels worden opgesteld, hetgeen bijdraagt aan de reeds ingeslagen weg om het financieel beheer te verbeteren.

Vraag 191:

Kunt u een inschatting maken van de effectiviteit van de regeling KiPZ?

Antwoord:

In de Kamerbrief van 22 maart 2022 (Kamerstukken II 2021–2022, 29 282, nr. 456) heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport uw Kamer geïnformeerd over de Evaluatie en vervolg van de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KiPZ). In dit onderzoek is een evaluatie uitgevoerd naar de doelmatig- en doeltreffendheid van de KiPZ-regeling in de jaren 2017 tot en met 2021. De belangrijkste bevindingen zijn:

- De KiPZ-subsidieregeling geeft een impuls aan de kwaliteit van zorgpersoneel doordat hun kennis en vaardigheden meer passend zijn om een toenemende complexere zorgvraag aan te kunnen.
- Het is niet bekend in hoeverre het opleiden ook strategisch gebeurt. De kaders in de regeling voor de besteding zijn ruim geformuleerd zodat ingespeeld kan worden op de specifieke opleidingsbehoefte van het zorgpersoneel en van de instelling. Dit geeft ruimte aan de instellingen om de KiPZ-middelen naar behoefte in te zetten, bijvoorbeeld op specifieke thema's of voor specifieke doelgroepen. Daarmee ontstaat een grote verscheidenheid tussen ziekenhuizen en klinieken in hoe de middelen worden besteed.
- Het merendeel van de KiPZ-middelen wordt gebruikt voor noodzakelijke bij- en nascholing van personeel. Het grootste deel van de opleidingsactiviteiten is gericht op het zorgpersoneel. In mindere mate

gaan de gelden naar opleidingen voor leidinggevendenden, facilitaire, kwaliteits- en/of administratief medewerkers.

- Instellingen zijn positief over de KiPZ-regeling. Ziekenhuizen en klinieken geven aan dat KiPZ-middelen essentieel zijn voor het opleiden van personeel en dat dit niet (volledig) uit eigen middelen te bekostigen is.
- Ziekenhuizen en klinieken vinden de administratieve last hoog, maar wel redelijk in verhouding met het bedrag dat zij ontvangen.
- Positieve neveneffecten van de KiPZ-regeling zijn verhoogde opleidingsbereidheid bij zorgpersoneel, een professionaliseringslag bij organisaties en meer samenwerking binnen en tussen instellingen.

Vraag 192:

Wat is de actuele stand van zaken wat betreft de verkenning naar een kostendekkende vergoeding voor stagebegeleiding via een beschikbaarheidsbijdrage?

Antwoord:

De verkenning naar de mogelijkheden van een kostendekkende vergoeding voor stagebegeleiding is in uitvoering. Hiertoe heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit een onderzoeksopdracht uitgezet bij een extern onderzoeksbureau. Naar verwachting kunnen komend voorjaar de resultaten gedeeld kunnen worden met uw Kamer.

Vraag 193:

Deelt u de analyse van de Algemene Rekenkamer dat de Subsidieregeling stageplaatsen zorg II van € 122 miljoen niet leidt tot meer stageplekken?

Antwoord:

Nee, deze analyse deelt de Minister voor Langdurige Zorg en Sport niet. De tegemoetkoming in de kosten van stagebegeleiding in de zorg die de Subsidieregeling stageplaatsen zorg II sinds 2008 biedt is ondersteunend aan het totaalpakket waarmee de sector zorg en welzijn werkt aan oplossingen. In het studiejaar 2021/2023 is voor 60.124 fte aan stageplekken een subsidie verleend aan in totaal 6623 zorgorganisaties.

Vraag 194:

Kan een overzicht gegeven worden van de «meevallers»/onderbesteding op de VWS-begroting voor het jaar 2023?

Antwoord:

De per saldo meevaller in 2023 (2^o suppletoire wet) exclusief uitgaven aan Covid-19 en Oekraïne bedroeg € 225 miljoen. De meevallers groter dan € 5 miljoen zijn opgenomen in onderstaande tabel en toegelicht in de tweede suppletoire wet 2023 van de VWS-begroting.

Artikel	Omschrijving	Bedrag (x € 1.000)
1	Pandemische paraatheid	- 6.000
	LCCB	- 17.500
	Meerkosten GGD'en	- 45.000
	Opdrachten covid	- 14.000
	Ontvangsten IC opschaling	- 14.000 ¹
	Transformatiemiddelen Topzorg en Citrienfonds	- 13.000
2	Ontvangst CIBG (LCH)	- 12.273 ¹
	FLO/VUT	- 6.226
	COZO (uitgaven)	- 14.000
	Compensatieregeling apothekers	- 10.000
3	Eigen bijdrage huishoudelijke hulp (CAK)	- 6.800
	Meerkosten Oekraïne	- 25.720
	Revolverend fonds WOZO	- 18.600
	Scheiden Wonen en Zorg	- 6.364
4	Ontvangsten COZO	- 21.000 ¹
	Ontvangsten zorgbonus	- 250.000 ¹
	Sectorplanplus (2017-2022)	- 22.800
	Gegevensuitwisseling	- 7.470
5	Continuïteitsregeling cruciale jeugdzorg	- 10.000
	Regeling slachtoffers geweld in jeugdzorg	- 7.100
6	Sportregelingen	- 27.375
	Energiecompensatie zwembaden	- 44.900
10	Personeel	- 7.969
11	Onverdeelde middelen	- 19.795

¹ Dit betreft ontvangsten. Een ontvangstenmeevaller wordt in de begroting als opwaartse bijstelling opgenomen. Omdat het een meevaller betreft en daarmee saldoverbeterend werkt, is ervoor gekozen deze in de tabel als negatieve bedragen te presenteren.

Vraag 195:

Kan een overzicht gegeven worden van de netto- en bruto-uitgaven aan sport en bewegen in de periode 2010-2023?

Antwoord:

Gemeenten hebben het grootste aandeel in de overheidsuitgaven aan sport en bewegen. Het Mulier Instituut volgt sinds 2015 de ontwikkelingen in de gemeentelijke sportuitgaven en rapporteert hier jaarlijks over. Onderstaande cijfers komen uit de monitor sportuitgaven gemeenten 2022:

	Uitgaven (miljoen €)	Inkomsten (miljoen €)	Netto-uitgaven (uitgaven-inkomsten) (miljoen €)
2017	1.428	373	1.056
2018	1.448	364	1.084
2019	1.555	441	1.114
2020	1.597	423	1.174
2021	1.685	585	1.099
2022	1.728	537	1.191

Bron: Mulier Instituut (2023) op basis van door CBS verzamelde gemeentelijke data.

De cijfers van voor 2017 zijn niet vergelijkbaar met de cijfers van na 2017.³⁰ Deze zijn daarom niet opgenomen in bovenstaande tabel. De Rijksuitgaven aan beleidsartikelen 46 Sport en bewegen (2010 tot en met 2012) en 6 Sport en bewegen (vanaf 2013) zijn opgenomen in onderstaande tabel. Deze cijfers komen uit het Jaarverslag en Slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012³¹ voor de periode 2010 tot en met 2012, het Jaarverslag en Slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2017³² voor de periode 2013 tot en met 2017, en het Jaarverslag en Slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2022³³ voor de periode 2018 tot en met 2022. Het cijfer voor 2023 betreft de stand van de 2e suppletoire begroting 2023.³⁴

	Uitgaven (bedragen x € 1.000)
2010	110.752
2011	97.408
2012	79.557
2013	70.485
2014	69.986
2015	73.079
2016	65.225
2017	80.358
2018	86.241
2019	324.146
2020	433.872
2021	685.680
2022	469.573
2023	629.740

Vraag 196:

In hoeveel gevallen is er dit jaar een omzetplafond bereikt in afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars?

Antwoord:

VWS heeft hier geen informatie over beschikbaar. Verzekerden, die zorg nodig hebben, hebben recht op zorg. Zorgverzekeraars hebben zorgplicht. Dat houdt in dat de zorgverzekeraar zorg moet leveren die tijdig en bereikbaar is. Als verzekerden niet terecht kunnen bij een zorgverlener, dan moet de zorgverzekeraar ervoor zorgen dat deze zorg elders – tijdig en bereikbaar – beschikbaar is.

Vraag 197:

Heeft u in beeld in hoeverre patiënten geen zorg hebben ontvangen in 2023 vanwege het bereiken van omzetplafonds?

Antwoord:

VWS heeft geen informatie over aantallen patiënten die met een omzetplafond te maken hebben gehad. Maar het stelsel is gericht dat iedereen de zorg krijgt die nodig is. Zorgverzekeraars hebben immers zorgplicht. De NZa houdt hier toezicht op. Als een verzekerde niet bij een bepaalde zorgaanbieder terecht kan vanwege een omzetplafond, kan hij zich wenden tot de zorgverzekeraar voor bemiddeling naar een andere zorgaanbieder.

³⁰ Voor de cijfers gaat het Mulier Instituut uit van de taakvelden Sportbeleid en activering (5.1) en Sportaccommodaties (5.2) in de door CBS verzamelde gemeentelijke data via het IV3-systeem. In 2017 is dit systeem aangepast, wat resulteerde in de twee nieuwe sport specifieke taakvelden. Verder veranderde de toerekening van overheadkosten in het Iv3-systeem in 2017.

³¹ Kamerstukken II 2012/13, 33 605 XVI, nr. 1

³² Kamerstukken II 2017/18, 34 950 XVI, nr. 1

³³ Kamerstukken II 2022/23, 36 360 XVI, nr. 1

³⁴ Kamerstukken II 2022/23, 36 470 XVI, nr. 1

Vraag 198:

Is voor de BES-eilanden ook budget gerealiseerd voor (meer) zorgopleidingen? Zo ja, hoeveel bedraagt dit bedrag? Zo niet, wat zijn daarin de overwegingen?

Antwoord:

Ja, er is budget gereserveerd voor zorgopleidingen. Het betreft budget voor medische vervolgopleidingen zoals Intensive Care verpleegkundige, Spoedeisende hulp verpleegkundige, Critical Care Unit verpleegkundige hiervoor is € 367.000 opgenomen in de begroting. Daarnaast wordt in de contractuele afspraken tussen VWS en de zorgaanbieders ook budget vrijgemaakt per zorgaanbieder. De zorgaanbieder stelt zelf de hoogte van het bedrag vast. Het ziekenhuis op Bonaire heeft ook een academie waar zorgonderwijs (o.a. MBO 4 verpleegkunde, IG verzorgende niveau 3 en deskundigheidsbevordering) geboden wordt, ook hiervoor geldt dat het ziekenhuis geld in de begroting reserveert voor de activiteiten van de academie. In afstemming met OCW is € 50.000 gereserveerd voor het MBO-zorgonderwijs bestemd voor het aantrekken van een projectleider die de MBO-zorgopleidingen doktersassistent en apothekersassistent, in afstemming met de CAS landen, verder gaat vormgeven. Hierbij wordt ingezet op doelmatigheid, efficiëntie en kwaliteit. Ook staat voor dit jaar een capaciteitsplanning CN op het programma. De resultaten hiervan worden vertaald naar projecten voor zorgonderwijs. Ook is geld gereserveerd om resultaten van het onderzoek verkenning problematiek Caribisch studenten om te zetten in acties. Voor beide is totaal € 300.000 gereserveerd.

Vraag 199:

Klopt het dat u om de instroom in de Wlz-ggz te verminderen € 45 miljoen gedekt heeft uit de resterende onverdeelde-groeiruinimte, maar dat dit volgens het veld ten laste van de Wmo-gelden in het Gemeentefonds is gebeurd? Zo ja, kunt u hier een reflectie op geven?

Antwoord:

Het klopt dat er € 45 miljoen vanuit resterende onverdeelde groeiruinimte is gebruikt om het tekort, als gevolg van de hoge instroom van mensen met een psychische aandoening naar de Wlz, deels te dekken. Er is hierbij echter geen sprake van een uitname uit het Gemeentefonds.

Op het Uitgavenplafond Zorg worden middelen voor volumegroei beschermd wonen gereserveerd. In 2023 is het bedrag voor volumegroei vanaf 2024 á € 45 miljoen niet uitgekeerd aan gemeenten, omdat er geen sprake is van volumegroei van het aantal cliënten beschermd wonen. De huidige tekorten in het Wlz-kader hebben het kabinet ertoe bewogen om de groeiruinimte voor 2024 in te zetten daar waar de volumegroei plaatsvindt. Deze middelen zijn daarom ingezet om het tekort dat is ontstaan door de hogere instroom vanuit het gemeentelijk domein van mensen met een psychische stoornis naar de Wlz deels te dekken.

Vraag 200:

Heeft u een overzicht van de verschillende gemeentepolissen die in 2024 aan minima worden aangeboden? Kunt u een overzicht geven van welke inkomensgroepen toegang hebben tot de gemeentepolissen in verschillende gemeenten? En wat de hoogte is van de gemeentepolis in verschillende gemeenten?

Antwoord:

Op de website www.gezondverzekerd.nl zijn de gemeentepolissen van een zeer groot aantal gemeenten (286) inzichtelijk. Op deze website zijn de

premies, pakketvoorwaarden en inkomensgrenzen terug te vinden die gehanteerd worden in de verschillende gemeenten.

Vraag 201:

Hoeveel fte zal in 2.024 jaar beschikbaar zijn voor de handhaving van de leeftijdsgrens voor tabak en rookwaren? Hoe verhoudt zich dit tot de fte in 2023?

Antwoord:

In 2024 is er 11 FTE gepland voor het toezicht op de leeftijdsgrens. Dit is vergelijkbaar met de planning voor 2023.

Vraag 202:

Hoe verhoudt gecontracteerde zorg zich tot ongecontracteerde zorg de afgelopen tien jaar en in welke sector komt ongecontracteerde zorg het meest voor?

Antwoord:

In de sectoren wijkverpleging en ggz is de omvang van de niet-gecontracteerde zorg het hoogst. Hieronder de cijfers die via de rapportages van Vektis hierover beschikbaar zijn en die uw Kamer eerder ontvangen heeft. Voor de wijkverpleging zijn cijfers beschikbaar t/m 2021 en voor de ggz t/m 2019.

Kosten en aandeel kosten in de (niet-)gecontracteerde wijkverpleging

Jaar	Gecontracteerd (miljoenen €)	Niet-gecontracteerd (miljoenen €)	Aandeel niet-gecontracteerd (%)
2016	2.392	100	4,0
2017	2.465	191	7,2
2018	2.624	260	9,0
2019	2.721	166	5,7
2020	2.583	139	5,1
2021	2.551	156 6156	5,88 5

Kosten en aandeel kosten in de (niet-)gecontracteerde ggz

Jaar	Gecontracteerd (miljoenen €)	Niet-gecontracteerd (miljoenen €)	Aandeel niet-gecontracteerd (%)
2016	2.902	195	6,3
2017	2.984	231	7,2
2018	3.312	290	8,0
2019	3.501	303	8,0

Vraag 203:

Hoeveel particuliere woonzorginstellingen zijn er in Nederland actief? Kunt u dit uitsplitsen per doelgroep?

Antwoord:

Een particuliere woonzorginstelling is geen categorie van zorgaanbieders (ondernemingen) die is geregistreerd in het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa). ZorgkaartNederland rapporteert wel het aantal particuliere wooninstellingen dat daar bekend is. Binnen ZorgkaartNederland zijn er op 18 december 2023 600 particuliere woonzorgcentra in Nederland bekend, waarvan 1 particulier woonzorgcentrum voor medisch specialistische zorg; 598 particuliere woonzorgcentra voor verpleeghuiszorg en 1 particulier woonzorgcentrum voor zorg voor mensen met een beperking. U treft deze indeling aan op: 600 particuliere woonzorgcentra in Nederland (zorgkaartnederland.nl). De genoemde aantallen berusten op aanmeldingen van aanbieders door cliënten en aanbieders zelf. Op de website van ZorgkaartNederland zijn geen criteria te vinden op grond

waarvan men een instelling kan aanmerken als particuliere woonzorginstelling.

Vraag 204:

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

Antwoord:

Het is binnen het Ministerie van VWS niet bekend hoeveel particuliere woonzorginstellingen een winstoogmerk hebben. Of een winstoogmerk voor een organisatie is toegestaan is afhankelijk van of de instelling een kleinschalige woonvoorziening is in de zin van het Uitvoeringsbesluit WTZi en zorg levert in combinatie met Wlz-verblijf.

Vraag 205:

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 was in 2023 minimaal € 184 per maand en kan oplopen tot € 966,60 per maand bij zorg op basis van het scheiden van wonen en zorg (vpt) en tot € 2.652,40 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 206:

Kunt u een overzicht sturen van wat de winsten van alle particuliere woonzorginstellingen in totaal waren in respectievelijk 2012 tot en met 2022?

Antwoord:

Deze gegevens zijn bij het Ministerie van VWS niet bekend.

Vraag 207:

Hoeveel particuliere woonzorginstellingen zijn gevestigd in gebouwen waar voorheen verzorgingshuizen gevestigd waren?

Antwoord:

Deze gegevens worden landelijk niet bijgehouden.

Vraag 208:

Wat is de top drie van private investeerders die actief zijn in zorgvastgoed? Hoeveel van het totale volume hebben zij elk afzonderlijk in handen?

Antwoord:

Het is het Ministerie van VWS niet bekend wie de top drie private investeerders in zorgvastgoed zijn en hoeveel volume zij hebben. In lijn met de door uw Kamer aangenomen motie die de leden Van den Berg en Dijk hebben ingebracht tijdens het Wetgevingsoverleg in juni jl., laat het Ministerie van VWS zorgbreed onderzoek doen naar de omvang van

private equity in diverse zorgsectoren en de invloed van private equity op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.³⁵

Vraag 209:

Hoeveel commerciële ggz-instellingen zijn er actief in Nederland? Wat is hun aandeel in het totale aanbod van ggz-zorg?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over verdeling van het aantal ggz-instellingen in Nederland naar hun rechtsvorm.

Vraag 210:

Hoeveel ggz-instellingen zijn er gesloten de afgelopen vijf jaar? Wat voor type ggz-zorg verleenden deze instellingen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft daar, net als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), geen cijfers over. 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 Nederlandse Zorgautoriteit (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 211:

Hoe vaak is de afgelopen vijf jaar een beroep gedaan op de Regeling financiering zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen? Welke bedragen zijn hiermee gemoeid?

Antwoord:

Tabel: zorgkosten bijdrageregeling CAK (bron: CAK)

Zorgvorm (bedragen x € 1.000)	2018	2019	2020	2021	2022
Ziekenhuizen	14.795	22.807	26.294	22.978	23.992
Farmacie	4.276	4.000	5.042	5.382	5.494
GGZ	9.433	8.257	7.987	8.185	7.562
Langdurige zorg	1.978	2.352	2.343	2.912	4.693
Hulpmiddelen	107	136	151	143	202
Ambulancevervoer	485	1.016	1.265	989	1.189
Eerstelijns hulp					
<i>Huisartsen</i>	508	1.128	1.012	1.791	1.577
<i>Tandartsen</i>	90	130	140	126	176
<i>Verloskunde</i>	464	746	809	714	781
<i>Kraamzorg</i>	1.094	2.068	1.631	1.282	1.695
<i>Paramedici</i>	48	46	50	132	138
<i>GGD'en</i>	106	456	1.237	2.400	3.941
Totaal	2.310	4.574	4.879	6.445	8.308
Totaal	33.384	43.141	47.961	47.034	51.440

De bovenstaande tabel laat de zorgkosten voor onverzekerbare vreemdelingen zien van 2018 tot en met 2022. Belangrijke oorzaken van de stijging van de zorgkosten zijn de algehele stijging van kosten die te zien is in het zorgdomein, meer bekendheid van de regeling en mogelijk een stijging

³⁵ Tweede Kamer 2022–2023, 36 360 XVI, nr. 17

van het aantal onverzekerbare vreemdelingen. Er is geen zicht op hoeveel onverzekerbare vreemdelingen in Nederland verblijven.

Vraag 212:

Hoeveel subsidie gaat naar medische preventie en hoeveel naar leefstijlpreventie?

Antwoord:

Preventie is een breed begrip waarvan het afhankelijk is van de definitie wat hieronder te scharen.

In het huidige Coalitieakkoord is jaarlijks t/m 2025 € 60 miljoen vrijgemaakt voor de preventie aanpak met oog op leefstijl en mentale gezondheid. Dit wordt ingezet voor tabaksontmoediging, het terugdringen van problematisch alcoholgebruik, het tegengaan van overgewicht, beweegstimulering, mentale gezondheid en lokaal preventiebeleid. Vanuit de enveloppe Volksziekten is voor de periode 2023 tot en met 2025 bijna € 225 miljoen vrijgemaakt voor een gezonde leefstijl en omgeving en de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen en volwassenen. In 2024 gaat het om € 61 miljoen. Daarnaast zijn vanuit het huidige Coalitieakkoord grotendeels tijdelijk extra middelen voor gemeenten beschikbaar gesteld voor het versterken van de sociale basis. Het gaat om grofweg € 50–60 miljoen per jaar over de periode 2023–2026 die bedoeld zijn voor de wijkaanpak sociale basis, mantelzorg, Eén tegen eenzaamheid en Welzijn op Recept. Deze middelen zijn onderdeel van de brede SPUK (zie Gezond en Actief Leven Akkoord, pagina 38).

Voor medische preventie worden in 2024 in ieder geval de volgende bedragen begroot:

Medische preventie (in mln eur)	Begroting 2024
Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker	35,7 mln.
Bevolkingsonderzoek naar borstkanker	88,3 mln.
Bevolkingsonderzoek naar darmkanker	27,9 mln.
PSIE	25,6 mln.
Neonatale hielprikscreening (NHS)	32,5 mln.
Nationaal Programma Grieppreventie	87,1 mln.
Pneumokokkenvaccinatie	36,2 mln.
Rijksvaccinatieprogramma (RVP)	72,0 mln.
Inhaalcampagne HPV vaccinatie 18–26 jaar	1,2 mln.
Rotavirusvaccinatie	13,5 mln.
Aanvullende seksuele gezondheid	40,3 mln.
PrEP	5,3 mln.
Covid-19	264,2 mln.
Totaal	729,8 mln.

Vraag 213:

Kunt u een overzicht geven van maatregelen die ingezet worden voor leefstijlpreventie, inclusief de bedragen die daaraan gekoppeld zijn? Welke van deze maatregelen focussen zich specifiek op mensen met een lage sociaaleconomische status?

Antwoord:

Preventie is een breed begrip waarvan het afhankelijk is van de definitie wat hieronder te scharen. Er is dan ook niet één leefstijlpreventiebudget of één sluitend overzicht van maatregelen die worden ingezet voor en/of bijdragen aan leefstijlpreventie. Leefstijl zit integraal verweven in veel thema's en programma's. In het huidige Coalitieakkoord is € 60 miljoen van 2022 tot en met 2025 vrijgemaakt voor de preventie aanpak met oog op leefstijl en mentale gezondheid. Hiervan wordt jaarlijks per thema circa € 10 miljoen ingezet voor tabaksontmoediging, het terugdringen van problematisch alcoholgebruik, het tegengaan van overgewicht, beweeg-

stimulering, mentale gezondheid en lokaal preventiebeleid. Vanuit de enveloppe Volksziekten wordt daarnaast in 2023 tot en met 2025 jaarlijks circa € 20 miljoen beschikbaar gesteld voor de aanpak van obesitas, en in dezelfde periode jaarlijks circa € 50 miljoen voor gezonde leefstijl en omgeving. Daarnaast zijn vanuit het huidige Coalitieakkoord grotendeels tijdelijk extra middelen voor gemeenten beschikbaar gesteld voor het versterken van de sociale basis. Het gaat om circa € 50 tot € 60 miljoen per jaar over de periode van 2023 t/m 2026 die bedoeld zijn voor de wijkaanpak sociale basis, mantelzorg, Eén tegen Eenzaamheid en Welzijn op Recept. Deze middelen zijn onderdeel van de brede SPUK voor gemeenten.

Aandacht voor mensen met een lage sociaaleconomische status maakt hier onderdeel van uit. Enkele specifieke voorbeelden van maatregelen die zich onder meer richten op mensen met een lage sociaaleconomische status is het programma schoolmaaltijden waarbij het bevorderen van kansengelijkheid een van de pijler is. De Staatssecretaris van VWS draagt hier in 2024 incidenteel € 10 miljoen euro aan bij. Pharos en GGD'en zetten daarnaast in op een wijkaanpak stoppen met roken. Bij deze aanpak wordt via sleutelpersonen en ervaringsdeskundigen een juiste toeleiding naar stoppen-met-roken zorg bevorderd. Daarbij is in de hulp en ondersteuning ook aandacht voor achterliggende problematiek.

Vraag 214:

Hoeveel wordt er op dit moment gebruikgemaakt van digitale ggz-zorg? Hoeveel van de behandelingen zijn volledig digitaal? Hoeveel van de behandelingen zijn hybride?

Antwoord:

In de tarifiering wordt op dit moment voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) geen onderscheid gemaakt tussen een digitale of een fysieke behandeling. Daarmee is dus ook niet exact geregistreerd hoeveel er gebruik wordt gemaakt van digitale zorg, hoeveel behandelingen volledig digitaal zijn en hoeveel behandelingen hybride zijn. Wel heeft het kwaliteitsinstituut Akwa ggz in 2021 een representatief onderzoek gedaan naar het gebruik van digitale ggz-zorg onder zorgverleners en patiënten. Uit het onderzoek blijkt dat steeds meer zorgaanbieders online hulp bieden bij psychische, sociale of maatschappelijke problemen. Van de respondenten maakt 94 procent van de zorgverleners en 42 procent van de patiënten gebruik van digitale ggz-zorg. Het RIVM verwijst in zijn eHealthmonitor over 2022 naar dit onderzoek.

In het IZA is een afspraak opgenomen dat wordt onderzocht welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Van deze geschikte zorg komt 70% digitaal of hybride beschikbaar. Van alle zorg die hybride wordt aangeboden, streven we naar een inclusie van c.q. het gebruik door minimaal 50% van de patiëntenpopulatie waarvoor de hybride zorgpaden geschikt zijn.³⁶ Voor de ggz worden deze afspraken verder uitgewerkt. Onderdeel van de afspraken is dat er wel onderscheid gemaakt gaat worden in de tarifiering tussen digitale en fysieke behandeling. Op basis van de declaratiedata kan gemonitord worden of de afspraken uit het IZA worden gehaald.

Vraag 215:

Hoeveel casussen zijn er bij het CAK bekend waarbij fouten gemaakt zijn als het gaat om het berekenen van de eigen bijdragen van cliënten (te veel of te weinig) in respectievelijk het jaar 2021 tot en met 2023?

³⁶ IZA, pag. 92.

Antwoord:

Het CAK is bij de berekening van de eigen bijdrage voor de Wmo en Wlz afhankelijk van gegevens welke door ketenpartners als gemeenten, zorgkantoren, SVB, UWV en Belastingdienst worden aangeleverd. Mocht na het vaststellen van de eigen bijdrage blijken dat de eigen bijdrage te hoog of te laag is vastgesteld (door bijvoorbeeld een gewijzigd inkomen en/of huishouden) dan corrigeert het CAK de eigen bijdrage binnen het reguliere proces, waarna de klant wordt geïnformeerd over de correctie. Mocht er sprake zijn van een naheffing dan kan de klant een (maatwerk) betalingsregeling treffen voor het openstaande bedrag, om te voorkomen dat een klant in de financiële problemen komt. Er is geen standaard dataset beschikbaar met betrekking tot het aantal klanten waarvoor de eigen bijdrage is gecorrigeerd in de periode 2021 tot en met 2023, aangezien dit vervlochten zit in het reguliere proces rondom het vaststellen en beschikken van de eigen bijdrage.

Vraag 216:

Hoe vaak heeft het CAK in respectievelijk in 2022 en 2023 betalingsregelingen getroffen en hoeveel daarvan zijn alsnog op tijd voldaan?

Antwoord:Wmo

In 2022 en 2023 heeft het CAK binnen Wmo de volgende aantallen betalingsregelingen afgesloten:

Aangevraagde betaalregelingen	2022	2023
Wmo Oud & Wmo BW	2.053	2.500 ¹
Wmo Abonnementstarief	12.592	7.350 ¹

¹ *Verwacht aantal.*

Binnen de Wmo beschermd wonen en de Wmo oud (dit is de Wmo van vóór de invoering van het abonnementstarief, de eigen bijdrage was toen nog inkomensafhankelijk en geen vast bedrag) is een stijging zichtbaar van het aantal getroffen betalingsregelingen. In 2023 is het CAK voor deze regelingen gestart met een pilot met als doel om het aantal dossiers dat wordt overgedragen aan de deurwaarder te verminderen. Dit leidt tot een toename van het aantal betalingsregelingen dat het CAK afsluit in de minnelijke fase.

Binnen het Wmo abonnementstarief is sprake van een forse daling van het aantal getroffen betalingsregelingen. Dit is het positieve gevolg van maatregelen die het CAK heeft genomen om te komen tot een stabielere facturatie met minder stapelfacturen. De dalende trend van het aantal betalingsregelingen zal zich naar verwachting voortzetten in 2024. Binnen de Wmo worden drie van de vier betalingsregelingen positief afgerond, circa 75% dus. Dit geldt voor alle drie de regelingen.

Wlz

In 2022 en 2023 heeft het CAK voor de Wlz de volgende aantallen betalingsregelingen afgesloten:

Aantal getroffen betalingsregelingen	2022	2023
	4.492	5.647

Binnen de Wlz is sprake van een stijging van het aantal getroffen betalingsregelingen. De laatste jaren is het aantal burgers dat gebruik

gemaakt van de Wlz gestegen van iets meer dan 300.000 in 2020 naar ruim 350.000 in 2023. Dit komt onder meer door de vergrijzing. De toename van het aantal Wlz-klanten leidt ertoe dat het aantal facturen dat het CAK jaarlijks verstuurt is toegenomen en daarmee is ook het aantal getroffen betalingsregelingen toegenomen. Binnen de Wlz worden vier van de vijf betalingsregelingen, circa 80% dus, positief afgerond.

Vraag 217:

Welke interne afspraken worden er door het CAK gehanteerd om het bestaansminimum van cliënten te bewaken en te bepalen? In hoeverre wordt er rekening gehouden met eventuele schulden bij andere instanties?

Antwoord:

Bij het treffen van een maatwerk betalingsregeling maakt het CAK voor het beschermen van het bestaansminimum gebruik van het vrij te laten bedrag (vtlb). De vtlb is een algemeen erkende rekenmethodiek om te bepalen welk bedrag er moet worden vrijgehouden voor het voldoen van vaste lasten en de overige kosten van levensonderhoud. Alle betrokken CAK-medewerkers hebben een vtlb-training gevolgd. Dit betekent dat zij de aandachtspunten en actualiteiten kennen om het bestaansminimum van de burger te beschermen. Bij het toepassen van de vtlb-rekenmethodiek wordt ook betrokken of de burger schulden heeft bij andere organisaties, zodat dit kan worden meegewogen in de uitkomst. Daarnaast zoekt het CAK waar mogelijk proactief contact met de burger indien er signalen zijn dat er sprake is van een schuldensituatie. Persoonlijk contact zorgt voor een beter beeld over de inkomenspositie en de totale schuldenlast van de burger. Hierdoor wordt, in samenhang met het toepassen van de vtlb-rekenmethodiek, het bestaansminimum van de burger beter beschermd.

Vraag 218:

Voldoen alle instellingen in de langdurige zorg over een goed ventilatiesysteem/CO₂-meters om zo beter voorbereid te zijn op uitbraken van infectieziekten?

Antwoord:

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport vindt het belangrijk dat alle instellingen in de langdurige zorg goed zijn voorbereid op uitbraken van infectieziekten. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor een goede voorbereiding en een werkend ventilatiesysteem.

De Minister vindt het van belang om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de ventilatiesystemen in de langdurige zorg. Daarom heeft TNO de opdracht gekregen om de kwaliteit van ventilatiesystemen te onderzoeken. TNO inventariseert hierbij welke voorzieningen aanwezig zijn en of hiermee voldaan wordt aan het geldende Bouwbesluit. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een representatieve steekproef.

TNO geeft aan dat nog niet wetenschappelijk is aangetoond dat er een relatie is tussen ventilatievoorzieningen en overdracht van infectieziekten. Al lijkt dit wel aannemelijk. Om dit aan te kunnen tonen zijn een aantal andere grote onderzoeksprogramma's in uitvoering waaronder P3Venti en CLAIRE waar TNO ook in grote mate aan bijdraagt.

Op dit moment lopen de onderzoeken nog. TNO verwacht in januari 2024 hun tussenuitkomsten over de kwaliteit van ventilatiesystemen in de langdurige zorg met de Minister te kunnen delen.

Daarnaast hecht de Minister aan goed professioneel handelen van medewerkers in de zorg. Met het oog daarop is in de afgelopen jaren geïnvesteerd in een goede kennisinfrastructuur voor de langdurige zorg. Deze draagt er zorg voor dat relevant onderzoek wordt verricht, dat de

onderzoekresultaten worden vertaald in kennisproducten voor zorgprofessionals. Bovendien herziet het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI) sinds enkele jaren de voorheen door de Werkgroep InfectiePreventie (WIP) opgestelde richtlijnen op dat terrein. Ter voorkoming of beheersing van een uitbraak van een infectieziekte is personeel dat is toegerust met de meest recente kennis van essentieel belang.

Tevens bieden V&VN, ActiZ, Verenso en «Waardigheid en Trots op locatie» kennis en ondersteuning aan verpleeghuizen op het gebied van infectiepreventie en veranderen van gedrag en cultuur. Een programma genaamd «samen scherp op schoon werk» biedt vergelijkbare ondersteuning aan de gehandicaptenzorg. Dit omvat hygiëne, infectiepreventie en het delen van kennis via verschillende activiteiten. Vilans onderzoekt tevens hoe kennis uit intramurale zorg toepasbaar is in extramurale zorg voor hygiëne en infectiepreventie.

Vraag 219:

In hoeveel gemeenten worden zelfstandig wonende 75-plussers bezocht?

Antwoord:

In 2023 zijn 274 van de 342 gemeenten aangesloten bij Eén tegen eenzaamheid. Volgens de benchmarkrapportage Eén tegen eenzaamheid 2023 die door 175 gemeenten is ingevuld legt 89% van de gemeenten die aangesloten zijn bij het actieprogramma in 2023 huisbezoeken af bij 75-plussers.³⁷

Vraag 220:

Hoe groot is het percentage treinstations dat volledig rolstoeltoegankelijk is?

Antwoord:

Op 19 december 2022 heeft de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat de Kamer per brief geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot toegankelijkheid van het OV³⁸. De Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat heeft daarin onder meer medegedeeld dat eind 2022 ruim 90% van de treinstations toegankelijk is gemaakt. Deze stations zijn dan ook toegankelijk voor rolstoelgebruikers.

Vraag 221:

Hoe vaak waren de liften op rolstoeltoegankelijke treinstations defect en wat was de gemiddelde reparatietijd van deze liften?

Antwoord:

In de periode van het eerste tot en met het derde kwartaal van 2023 waren er 3.268 storingen op een totaal aantal van 500 liften. ProRail beheert hiervan 430 liften. Verder zijn NS en enkele gemeentes nog verantwoordelijk voor liften.

Van de 3.268 storingen waren er 1.528 technische storingen en 1.740 storingen met een oorzaak van buitenaf. De gemiddelde stilstand per storing was 18,67 uur. Een groot deel van deze gemiddelde stilstand komt door storingen met een oorzaak van buitenaf, bijvoorbeeld door vandalisme of wateroverlast.

Contractueel gezien wordt er van een gemiddelde functiehersteltijd van 4 uur uitgegaan. Op de meeste liften is een functiehersteltijd van 4 uur van toepassing. Uiteraard is bij vandalisme of wateroverlast een functiehersteltijd van 4 uur zeer moeilijk te realiseren. In antwoorden van de

³⁷ (Kamerstukken II 2022/23, 29 538, nr. 355)

³⁸ Kamerstukken II 2022/23, 23 645, nr 785

Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat d.d. 18 september 2023 op Kamervragen van het lid Van der Plas (BBB) over een gestrande reiziger met een beperking blijkt dat van het totaal aantal liften van circa 430 er de daaraan voorafgegane maanden gemiddeld 13 liften per maand langer dan een week in storting waren; in de zomer van 2022 waren dat er vijftien tot twintig. Dit aantal is dit kwartaal inmiddels gedaald naar een gemiddelde van 10 liften die langer buiten werking waren dan een week. ProRail is bezig om het aantal liftstoringen tegen te gaan en sneller te verhelpen. Een overzicht van deze maatregelen staat in de brief van de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat over de staat van de toegankelijkheid van het openbaar vervoer d.d. 19 december 2022³⁹.

Vraag 222:

Hoe groot is het percentage busstations dat volledig rolstoeltoegankelijk is?

Antwoord:

Momenteel is gemiddeld per concessie tussen de veertig en vijftig procent van de haltes toegankelijk uitgevoerd conform de minimumnorm in het Besluit Toegankelijkheid OV.⁴⁰ Voor de bushaltes en ook voor tramhaltes verschilt het beeld tussen de verschillende concessies sterk. Via stimulering door decentrale OV-autoriteiten hebben wegbeheerders in de afgelopen periode vele bestaande bushaltes toegankelijk gemaakt. Ook worden sindsdien alle nieuwe bushaltes toegankelijk opgeleverd. Volgens de gegevens uit het Centraal Halte Bestand (CHB) voldoen ongeveer 20.500 van de bijna 40.000 bushaltes niet aan de vereisten voor de perronhoogte.⁴¹

Vraag 223:

Hoe hoog was de jaarlijkse uitstroom van zorgmedewerkers in aantallen in de sector Zorg & Welzijn uitgesplitst naar zzp, een andere bedrijfstak, pensioen en uitkering/geen werk van 2012 tot en met 2023?

Antwoord:

Deze gegevens zijn in onderstaande tabel weergegeven. Gegevens over 2022 en 2023 zijn nog niet beschikbaar.

	Q4 2011	Q4 2012	Q4 2013	Q4 2014	Q4 2015	Q4 2016	Q4 2017	Q4 2018	Q4 2019	Q4 2020	Q4 2021
Andere bedrijfstak	42.600	40.450	43.870	45.290	48.400	47.280	46.910	48.380	47.440	43.360	52.710
Uitkering	18.260	20.680	25.710	25.890	27.460	22.210	18.010	16.270	15.440	17.190	15.240
Zelfstandige	8.340	8.430	9.900	8.840	9.180	8.550	9.040	10.240	10.440	9.720	12.120
Pensioen	12.350	12.830	13.020	13.650	15.060	13.450	13.060	13.670	13.320	17.760	19.290
Inactief	31.150	32.620	33.480	34.860	31.120	27.040	25.410	26.160	26.550	26.770	28.740

Bron: AZW Statline

Vraag 224:

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

Antwoord:

In onderstaande tabel is voor de sector Zorg en Welzijn als totaal en per branche weergegeven wat de uitstroom uit de zorg is gemeten in de periode tussen het einde van het tweede kwartaal 2023 en het einde van het tweede kwartaal 2022. Daarnaast is weergegeven wat de procentuele uitstroom was in die periode (het aandeel werknemers dat in die periode is uitgestroomd).

³⁹ Kamerstukken II 2022/23, 23 645, nr. 785

⁴⁰ Kamerstukken II 2022/23, 23 645, nr. 785

⁴¹ Kamerstukken II 2023/24, 23 645, nr. 812

	Uitstroom in aantallen personen	Uitstroom in %
Zorg en welzijn (totaal)	142.390	11%
Universitair medische centra	7.770	10%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	17.960	8%
Geestelijke gezondheidszorg	9.780	10%
Huisartsen en gezondheidscentra	3.010	9%
Overige zorg en welzijn	18.740	14%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	52.310	12%
Gehandicaptenzorg	18.690	10%
Jeugdzorg	4.300	13%
Sociaal werk	9.820	17%

Bron: AZW Statline

De uitstroom uit zorg en welzijn ligt lager dan in andere sectoren van de economie. Uit aanvullend onderzoek van het CBS blijkt dat in 2021 de uitstroom uit zorg en welzijn 9% bedroeg, terwijl de uitstroom uit alle economische sectoren gemiddeld 18,3% was. Desondanks wordt gestreefd naar een zo laag mogelijke uitstroom uit de zorg.

Vraag 225:

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

Antwoord:

Deze gegevens zijn alleen beschikbaar voor 5 individuele zorg-of welzijnsopleidingen en de agogische opleidingen op HBO-niveau gezamenlijk, van andere opleidingen heeft het Ministerie van VWS geen cijfers. In onderstaande tabel worden deze gegevens weergegeven. Het gaat hierbij om studenten die een voltijdsopleiding volgen, in 2018 hun diploma haalden, als werknemer aan het werk zijn gegaan in de sector en na twee jaar niet meer werkzaam waren als werknemer in de sector.

Opleiding	Na twee jaar uitgestroomd
Verpleegkunde (hbo)	6%
Verpleegkunde (mbo)	5%
Verzorgende ig (mbo)	10%
Maatschappelijke zorg (mbo)	12%
Pedagogisch werk (mbo)	35%
Sociaal werk, Pedagogiek, Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Culturele en Maatschappelijk Vorming, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (hbo)	16%

Bron: AZW Statline

Vraag 226:

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

Antwoord:

Er is bij het Ministerie van VWS ook uit de meest recente onderzoeksgegevens niet te analyseren wat het aantal zorgmedewerkers is dat na vijf na hun zorgopleiding uitstroomt naar een andere sector die geen onderdeel vormt van Zorg en Welzijn. Wel zijn er voor 5 individuele zorg-of welzijnsopleidingen en de agogische opleidingen op HBO-niveau gezamenlijk cijfers beschikbaar over de uitstroom na twee jaar. Zie hiervoor het antwoord op vraag 225.

Vraag 227:

Hoe hoog was het ziekteverzuim in de zorg in 2022 en in 2023?

Antwoord:

In onderstaande tabel wordt het ziekteverzuim in zorg en welzijn in het derde kwartaal van 2022 en in het derde kwartaal van 2023 weergegeven.

Verzuimpercentage

	Percentage
Derde kwartaal 2022	7,1%
Derde kwartaal 2023	6,7%

Vraag 228:

Hoe hoog is de deeltijdfactor in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord:

De totale deeltijdfactor in de zorg is 0,68. Per branche is dit:

Cijfers tweede kwartaal 2023

Branche	Deeltijdfactor
Zorg en welzijn (smal)	0,68
Universitair medische centra	0,8
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	0,74
Geestelijke gezondheidszorg	0,77
Huisartsen en gezondheidscentra	0,6
Overige zorg en welzijn	0,69
Verpleging, verzorging en thuiszorg	0,6
Gehandicaptenzorg	0,69
Jeugdzorg	0,78
Sociaal werk	0,74

bron: AZW Statline

Vraag 229:

Hoe ziet de ontwikkeling van de deeltijdfactor in de zorg eruit van 2012 tot en met 2023?

Antwoord:

Perioden	Deeltijdfactor zorg en welzijn (smal)
2012 2e kwartaal	0,67
2013 2e kwartaal	0,67
2014 2e kwartaal	0,68
2015 2e kwartaal	0,68
2016 2e kwartaal	0,68
2017 2e kwartaal	0,67
2018 2e kwartaal	0,68
2019 2e kwartaal	0,68
2020 2e kwartaal	0,68
2021 2e kwartaal	0,68
2022 2e kwartaal	0,68
2023 2e kwartaal	0,68

Vraag 230:

Wat is het gemiddeld aantal uren dat er gewerkt wordt in de zorg uitgesplitst per sector?

Antwoord:
Cijfers tweede kwartaal 2023

Branche	Gemiddeld aantal uren per week werkzaam volgens contract
Zorg en welzijn (smal)	26,9
Universitair medische centra	32,4
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	29,4
Geestelijke gezondheidszorg	29,7
Huisartsen en gezondheidscentra	26,1
Overige zorg en welzijn	24,9
Verpleging, verzorging en thuiszorg	23,8
Gehandicaptenzorg	26,8
Jeugdzorg	29,4
Sociaal werk	28,7

Bron: AZW statline

Vraag 231:

Hoe groot zijn de personeelstekorten in de zorg, uitgesplitst per sector en inclusief de werknemers die werken in de wijkverpleging en die vallen onder de jeugdwet en de Wmo 2015?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2023.

In onderstaande tabel is weergegeven wat het verwachte tekort in 2024 per branche is. Het gaat hier om tekorten aan werknemers die werken bij een organisatie in de sector Zorg en Welzijn. Hier ontbreken de werknemers die werkzaamheden verrichten onder de Wmo en de jeugdwet, maar niet in loondienst zijn van een zorg- of welzijnsinstelling (maar bijvoorbeeld in dienst van een gemeente zijn).

Verwachte tekorten 2024 per branche

	Aantallen
Universitair medische centra	2.500
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	4.400
Geestelijke gezondheidszorg	5.500
Huisartsen en gezondheidscentra	1.200
Overige zorg en welzijn	7.000
Verpleging en verzorging	13.100
Thuiszorg	4.900
Gehandicaptenzorg	7.800
Jeugdzorg	900
Sociaal werk	2.700

Bron: ABF Research, Prognosemodel Zorg en Welzijn

Vraag 232:

Hoeveel fte zou er in de zorg bijkomen als de gemiddelde hoeveelheid gewerkte uren per week per zorgverlener met één uur zou stijgen?

Antwoord:

Uitgaande van onderstaande uitgangspunten zou dit 25.262 FTE opleveren:

- In totaal werken er 1.318.000 werknemers in zorg en welzijn smal;
- Hiervan werkt 69% in deeltijd = 909.420;
- Als deze mensen één uur per week meer zouden werken, zou dit dus 909.420 meer gewerkte uren opleveren;
- Een fulltime werkweek in de zorg is 36 uur, deze hoeveelheid uren zou daarom 25.262 FTE extra opleveren (909.420/36 uur).
(Eigen berekening, bron: cijfers AZW)

Vraag 233:

Zijn er verschillen in regio's wat betreft tekorten van plekken in verpleeghuizen?

Antwoord:

Er is geen registratie van het «tekort aan plekken in verpleeghuizen» en daarmee ook geen inzicht in eventuele regionale verschillen.

Vraag 234:

Hoeveel zorgreservisten zijn er nu? Welke niveaus van opleiding hebben deze reservisten? Hoeveel van hen zijn binnen ongeveer vier weken beschikbaar?

Antwoord:

Er zijn op dit moment 3790 zorgreservisten. De Nationale Zorgreserve bestaat uit een groep zorgprofessionals die om verschillende redenen niet meer werkzaam zijn in de zorg, maar de zorg nog steeds een warm hart toedragen. Ze zijn bereid in het geval van een crisissituatie bij te springen in de zorg. De zorgreservisten variëren in niveau van opleiding, van helpende of verzorgende, tot verpleegkundige en arts.

De Nationale Zorgreserve is een crisisfaciliteit, die kan voorzien in de behoefte van tijdelijke, snel inzetbare zorgcapaciteit bij crises. In het geval van een crisis (warme fase) dient de NZR binnen 24 uur gereed te staan om zorgreservisten te matchen aan zorgaanbieders.

Als zich een crisissituatie voordoet verwachten we met de tijdelijke inzet van de zorgreservisten de nodige ondersteuning te kunnen bieden. De inzet van de Nationale Zorgreserve is dus geen onuitputtelijke bron van steun, maar bedoeld als last resort om bij een crisis zorgpersoneel te ontlasten.

Vraag 235:

Hoeveel mensen ontvangen zorgtoeslag en hoe verhoudt zich dit tot het aantal mensen dat recht heeft op zorgtoeslag?

Antwoord:

Op dit moment ontvangen rond de 5 miljoen huishoudens de zorgtoeslag. De cijfers betreffen de stand van augustus 2023. In de stand van het aantal toekenningen zijn zowel definitieve als voorlopige toekenningen meegeteld. Het aantal ontvangers zorgtoeslag in een jaar kan uiteindelijk hoger of lager uitvallen, omdat de zorgtoeslag met terugwerkende kracht kan worden aangevraagd of teruggevorderd.

De belastingdienst/toeslagen schat het niet-gebruik van de zorgtoeslag op ongeveer 11% in 2020. Onderzoek van SEO & Centerdata (2022) geeft aan dat dit percentage stabiel is gebleven tussen de jaren 2015–2020. Ervan uitgaande dat dit percentage ook in 2023 circa 11% bedraagt, betekent dit dat het niet-gebruik rond de 500.000 ligt.

Vraag 236:

Kunt u per jaar sinds 1990 een overzicht geven van de zorguitgaven (volgens definitie van het RIVM)?

Antwoord:

In overeenstemming met het antwoord op vraag 60 wordt hier onder de RIVM-definitie verstaan de uitgaven voor gezondheidszorg volgens de internationale definitie die is gebaseerd op de «system of health accounts (SHA)».

Gezondheidszorg volgens de internationale definitie

jaar	uitgaven x € mln.	uitgaven als % BBP
1990	18.392	7,0%
1991	19.919	7,2%
1992	21.365	7,4%
1993	22.276	7,5%
1994	23.043	7,4%
1995	23.958	7,3%
1996	24.857	7,2%
1997	25.928	7,0%
1998	30.737	7,8%
1999	32.822	7,8%
2000	34.836	7,7%
2001	38.837	8,1%
2002	43.344	8,6%
2003	46.443	9,1%
2004	48.222	9,1%
2005	50.112	9,1%
2006	53.080	9,1%
2007	56.053	9,1%
2008	60.038	9,3%
2009	62.440	10,0%
2010	64.910	10,2%
2011	66.555	10,2%
2012	68.816	10,5%
2013	69.901	10,6%
2014	70.964	10,6%
2015	71.236	10,3%
2016	72.918	10,3%
2017	74.614	10,1%
2018	77.553	10,0%
2019	82.447	10,1%
2020	89.285	11,2%
2021	96.619	11,3%
2022	96.028	10,2%

Bron: <https://stats.oecd.org/>

Vraag 237:

Kunt u per jaar sinds 1990 een overzicht geven van de netto zorguitgaven onder het uitgavenplafond zorg (en voor de jaren dat dit niet mogelijk is die onder het Budgettair Kader Zorg)?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de niet-gecorrigeerde cijfers (onder meer voor overhevelingen tussen zorgdomeinen) van de ontwikkeling van de netto zorguitgaven 1996 tot en met 2027 opgenomen. Voor de jaren 1990–1995 zijn deze cijfers niet beschikbaar.

Het betreft hier de netto zorguitgaven die vallen onder de definitie van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en het Uitgavenplafond Zorg (het UPZ). Dit betreft grotendeels de premiegefinancierde uitgaven. De zorguitgaven die verantwoord worden op de VWS-begroting en de middelen voor de Wmo en Jeugdzorg die per 2019 zijn toegevoegd aan het gemeentefonds zijn niet in de tabellen opgenomen.

Tabel netto zorguitgaven onder het BKZ/UPZ 1996–2028 (bedragen x € 1 miljard)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bruto Zorguitgaven	28	29	31	33	35	38	43	44	45	47	48	51	56	59	62
Zorgontvangsten	2	3	3	3	3	3	2	2	2	4	4	4	3	3	3
Netto Zorguitgaven	25	27	28	30	32	36	41	41	43	43	44	47	53	56	59

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ¹	2020	2021 ²	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
64	68	69	69	69	71	73	76	75	79	82	87	93	104	108	115	121	128
3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	7
61	64	64	64	64	66	68	71	70	74	76	82	88	98	103	109	115	121

¹ Bij de startnota Kabinet Rutte III zijn vanaf het jaar 2019 middelen vanuit het Wmo-budget en jeugdbudget, dat voorheen tot het Uitgavenplafond Zorg behoorde (met uitzondering van het budget voor beschermd wonen) overgeheveld naar de algemene uitkering van het gemeentefonds (Uitgavenplafond Rijksbegroting). Vandaar de afname in het jaar.

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-cijfers

Vraag 238:

Kunt u per jaar sinds 1990 een overzicht geven van de bruto zorguitgaven onder het uitgavenplafond zorg (en voor de jaren dat dit niet mogelijk is die onder het Budgettair Kader Zorg)?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de niet-gecorrigeerde cijfers (onder meer voor overhevelingen tussen zorgdomeinen) van de ontwikkeling van de netto zorguitgaven 1996 tot en met 2027 opgenomen. Voor de jaren 1990–1995 zijn deze cijfers niet beschikbaar.

Het betreft hier de netto zorguitgaven die vallen onder de definitie van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en het Uitgavenplafond Zorg (het UPZ). Dit betreft grotendeels de premiegefinancierde uitgaven. De zorguitgaven die verantwoord worden op de VWS-begroting en de middelen voor de Wmo en Jeugdzorg die per 2019 zijn toegevoegd aan het gemeentefonds zijn niet in de tabellen opgenomen.

Tabel netto zorguitgaven onder het BKZ/UPZ 1996–2028 (bedragen x € 1 miljard)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bruto Zorguitgaven	28	29	31	33	35	38	43	44	45	47	48	51	56	59	62
Zorgontvangsten	2	3	3	3	3	3	2	2	2	4	4	4	3	3	3
Netto Zorguitgaven	25	27	28	30	32	36	41	41	43	43	44	47	53	56	59

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ¹	2020	2021 ²	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
64	68	69	69	69	71	73	76	75	79	82	87	93	104	108	115	121	128
3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	7
61	64	64	64	64	66	68	71	70	74	76	82	88	98	103	109	115	121

¹ Bij de startnota Kabinet Rutte III zijn vanaf het jaar 2019 middelen vanuit het Wmo-budget en jeugdbudget, dat voorheen tot het Uitgavenplafond Zorg behoorde (met uitzondering van het budget voor beschermd wonen) overgeheveld naar de algemene uitkering van het gemeentefonds (Uitgavenplafond Rijksbegroting). Vandaar de afname in het jaar 2019.

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-cijfers

Vraag 239:

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 zorguitgaven onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) in relatie tot de ontwikkeling van groei van de economie (BBP) over de afgelopen 15 jaar (2009–2023).

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 onder het UPZ (zoals de overheveling van grote delen van de Wmo en de jeugdzorg uit het UPZ in 2019) en door statistische vertekeningen, zoals in 2021 de statistische verlaging van de uitgaven vanwege de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz.

Ontwikkeling netto zorguitgaven in relatie tot economische groei 2009–2023 (bedragen x € 1 miljard)

	Basisjaar 2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ¹
Netto zorguitgaven UPZ (€)	56	59	61	64	64	64	64	66	63
Groei van de netto zorguitgaven (€)		3	2	3	0	0	- 1	2	- 3
Groei van de netto zorguitgaven (%)			3%	5%	0%	0%	- 1%	3%	- 5%
BBP (€)	624	639	650	653	661	672	690	708	738
Groei BBP (€)		15	11	3	8	11	18	18	30
Groei BBP (%)		2%	2%	0%	1%	2%	3%	3%	4%
Netto zorguitgaven UPZ / BBP (%)		9%	9%	10%	10%	10%	9%	9%	8%

¹ Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren.

	2018 ¹	2019	2020	2021 ²	2022	2023 ³
	66	70	74	76	82	88
	3	4	4	2	5	6
	5%	6%	6%	3%	7%	8%
	774	813	797	871	959	1028
	36	39	- 16	74	88	69
	5%	5%	- 2%	9%	10%	7%
	8%	9%	9%	9%	9%	9%

¹ Dit betreft de netto zorguitgaven exclusief de rijksbijdrage Wmo (met uitzondering van beschermd wonen) en jeugd in 2017 en 2018. Omdat deze vanaf 2019 geen onderdeel meer uitmaken van de netto zorguitgaven is deze correctie nodig om vergelijkbare cijfers te presenteren.

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.

³ Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2^e suppletore wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e suppletore wet nieuwere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2^e suppletore wet, omdat deze bijstelling budgettair verwerkt zal worden in het aankomende VWS jaarverslag.

Bron: VWS- en CPB-cijfers

Vraag 240:

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2024, komt puur op het conto van de vergrijzing?

Antwoord:

Bij de Zvw-uitgaven is rekening gehouden met een demografische ontwikkeling van 1,3% en bij de Wlz-uitgaven met 2,0%. Deze groei is bij de start van de huidige kabinetsperiode overgenomen van het CPB. De demografische groei bestaat uit bevolkingsgroei en wijziging in samenstelling van de bevolking.

Vraag 241:

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2024, komt puur op het conto van de geneesmiddelen?

Antwoord:

De geraamde bruto zorguitgaven stijgen van € 93,2 miljard in 2023⁴² naar € 103,5 miljard in 2024. Dit is een stijging van € 10,3 miljard en is een procentuele stijging van 11,0%. Hiervan is € 0,2 miljard, ofwel 2,3% van de totale groei van de collectieve zorguitgaven in 2024 ten opzichte van 2023, veroorzaakt door een stijging van kosten in de apothekerszorg. Het gaat hierbij alleen om stijgingen in de kosten van apothekerszorg. Er worden door het Ministerie van VWS geen ramingen gemaakt voor toekomstige uitgaven aan intramurale geneesmiddelen van de MSZ. Hierbij is echter wel in het IZA afgesproken dat gestreefd wordt de stijging van de intramurale geneesmiddelen binnen de MSZ gedurende de IZA-periode (2022–2026) te beperken tot een groei van maximaal 7%.

Vraag 242:

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven, zoals begroot voor 2024, komt puur op het conto van de bureaucratie, overhead en verspilling?

Antwoord:

Dit is niet bekend. Er bestaat geen eenduidige definitie of meting van de omvang van de bureaucratie in Nederland en derhalve kan dit niet worden uitgedrukt in percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven.

Vraag 243:

Hoeveel procent van het besteedbaar inkomen waren mensen met een minimuminkomen gemiddeld in 2023 kwijt aan eigen betalingen in de zorg? Hoeveel procent is dat naar schatting in 2024?

Antwoord:

Het bedrag dat burgers kwijt zijn aan eigen betalingen varieert sterk met hun gezondheid. Burgers met een (zeer) goede gezondheid maken niet of nauwelijks gebruik van de zorg. Hun eigen betalingen zijn dan ook zeer laag of nul. Burgers met een gemiddelde gezondheid maken een deel van het eigen risico Zvw vol, maar doen (veelal) geen beroep op Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) per volwassene bedragen in 2023 respectievelijk 2024 € 385 en

⁴² Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2e supplettoire wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e supplettoire wet nieuwere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2e supplettoire wet, omdat deze bijstelling pas budgettair verwerkt zal worden in het aankomende VWS jaarverslag.

€ 392. Voor de Wmo ontbreken de gegevens voor 2023 en 2024. In 2022 waren de gemiddelde eigen betalingen Wmo per volwassene € 10.

In onderstaande tabel zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen):

- Met een gemiddeld eigen risico en geen Wlz en/of Wmo-zorg.
- Met een maximum eigen risico en Wm-zorg waarvoor het abonnementstarief geldt.
- Met een maximum eigen risico en intramurale Wlz-zorg waarvoor de hoge eigen bijdrage geldt. De percentages bij de eigen bijdrage Wlz zijn hoog. De eigen bijdrage is echter niet uitsluitend voor zorg maar ook voor wonen en voeding.

Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Een alleenstaande met een minimumloon (wml) en een gemiddeld eigen risico betaalt in 2024 weliswaar 1,1% van zijn besteedbaar inkomen aan eigen betalingen maar daarvan wordt bijna driekwart gecompenseerd middels de zorgtoeslag. Daardoor zijn de «netto» eigen betalingen 0,3%. In 2023 is de compensatie door de incidentele verhoging van de zorgtoeslag zelfs volledig.

In onderstaand figuur is inzichtelijk gemaakt wat een alleenstaande met een minimuminkomen (Wml) aan eigen betalingen als % van het besteedbaar inkomen besteed.

	gemiddeld eigen risico Zvw		maximum eigen risico Zvw + abonnementstarief Wmo		maximum eigen risico Zvw + hoge eigen bijdrage Wlz	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
eigen betalingen	1,2%	1,1%	3,1%	3,0%	52,3%	48,4%
compensatie via zorgtoeslag	- 1,2%	- 0,8%	- 1,2%	- 0,8%	- 1,2%	- 0,8%
	0,0%	0,3%	1,9%	2,2%	51,1%	47,6%

Vraag 244:

Hoeveel procent van het besteedbaar inkomen waren mensen met een modaal inkomen gemiddeld in 2023 kwijt aan eigen betalingen in de zorg? Hoeveel procent is dat naar schatting in 2024?

Antwoord:

Het bedrag dat burgers kwijt zijn aan eigen betalingen varieert sterk met hun gezondheid. Burgers met een (zeer) goede gezondheid maken niet of nauwelijks gebruik van de zorg. Hun eigen betalingen zijn dan ook zeer laag of nul. Burgers met een gemiddelde gezondheid maken een deel van het eigen risico Zvw vol, maar doen (veelal) geen beroep op Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) per volwassene bedragen in 2023 respectievelijk 2024 € 385 en € 392. Voor de Wmo ontbreken de gegevens voor 2023 en 2024. In 2022 waren de gemiddelde eigen betalingen Wmo per volwassene € 10.

In onderstaande tabel zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen):

- Met een gemiddeld eigen risico en geen Wlz en/of Wmo-zorg.
- Met een maximum eigen risico en Wm-zorg waarvoor het abonnementstarief geldt.
- Met een maximum eigen risico en intramurale Wlz-zorg waarvoor de hoge eigen bijdrage geldt. De percentages bij de eigen bijdrage Wlz

zijn hoog. De eigen bijdrage is echter niet uitsluitend voor zorg maar ook voor wonen en voeding.

Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Dat geldt in 2023 ook voor een huishouden met een modaal inkomen maar het effect is uiterst beperkt (0,1%).

In onderstaand figuur is inzichtelijk gemaakt wat een alleenstaande met een modaal inkomen aan eigen betalingen als % van het besteedbaar inkomen besteed.

	gemiddeld eigen risico Zvw		maximum eigen risico Zvw + abonnementstarief Wmo		maximum eigen risico Zvw + hoge eigen bijdrage Wlz	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
eigen betalingen	0,9%	0,8%	3,1%	3,0%	60,2%	57,2%
compensatie via zorgtoeslag	- 0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	- 0,1%	0,0%
	0,8%	0,8%	3,1%	3,0%	60,1%	57,2%

Vraag 245:

Hoeveel procent van het besteedbaar inkomen waren mensen met een tweemaal modaal inkomen gemiddeld in 2023 kwijt aan eigen betalingen in de zorg? Hoeveel procent is dat naar schatting in 2024?

Antwoord:

Het bedrag dat burgers kwijt zijn aan eigen betalingen varieert sterk met hun gezondheid. Burgers met een (zeer) goede gezondheid maken niet of nauwelijks gebruik van de zorg. Hun eigen betalingen zijn dan ook zeer laag of nul. Burgers met een gemiddelde gezondheid maken een deel van het eigen risico Zvw vol, maar doen (veelal) geen beroep op Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) per volwassene bedragen in 2023 respectievelijk 2024 € 385 en € 392. Voor de Wmo ontbreken de gegevens voor 2023 en 2024. In 2022 waren de gemiddelde eigen betalingen Wmo per volwassene € 10.

In onderstaande tabel zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen):

- Met een gemiddeld eigen risico en geen Wlz en/of Wmo-zorg.
- Met een maximum eigen risico en Wm-zorg waarvoor het abonnementstarief geldt.
- Met een maximum eigen risico en intramurale Wlz-zorg waarvoor de hoge eigen bijdrage geldt. De percentages bij de eigen bijdrage Wlz zijn hoog. De eigen bijdrage is echter niet uitsluitend voor zorg maar ook voor wonen en voeding.

Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Dat geldt echter niet voor huishoudens met een 2x modaal inkomen.

In onderstaand figuur is inzichtelijk gemaakt wat een alleenstaande met een 2x modaal inkomen aan eigen betalingen als % van het besteedbaar inkomen besteed.

	gemiddeld eigen risico Zvw		maximum eigen risico Zvw + abonnementstarief Wmo		maximum eigen risico Zvw + hoge eigen bijdrage Wlz	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
eigen betalingen	0,5%	0,5%	2,3%	2,3%	63,6%	62,0%
compensatie via zorgtoeslag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	0,5%	0,5%	2,3%	2,3%	63,6%	62,0%

Vraag 246:

Hoeveel procent van het besteedbaar inkomen waren mensen met een driemaal modaal inkomen gemiddeld in 2023 kwijt aan eigen betalingen in de zorg? Hoeveel procent is dat naar schatting in 2024?

Antwoord:

Het bedrag dat burgers kwijt zijn aan eigen betalingen varieert sterk met hun gezondheid. Burgers met een (zeer) goede gezondheid maken niet of nauwelijks gebruik van de zorg. Hun eigen betalingen zijn dan ook zeer laag of nul. Burgers met een gemiddelde gezondheid maken een deel van het eigen risico Zvw vol, maar doen (veelal) geen beroep op Wmo- of Wlz-zorg. Burgers met een slechte gezondheid maken veelal het eigen risico Zvw vol. Een flink deel van deze groep maakt ook gebruik van Wmo-ondersteuning (waar een abonnementstarief geldt). Een deel van deze groep maakt naast Zvw-zorg gebruik van Wlz-zorg waar ze een inkomensafhankelijke bijdrage voor betalen.

De gemiddelde eigen betalingen (eigen risico Zvw plus eigen bijdragen Wlz) per volwassene bedragen in 2023 respectievelijk 2024 € 385 en € 392. Voor de Wmo ontbreken de gegevens voor 2023 en 2024. In 2022 waren de gemiddelde eigen betalingen Wmo per volwassene € 10.

In onderstaande tabel zijn de eigen betalingen uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen van een alleenstaande (zonder kinderen):

- Met een gemiddeld eigen risico en geen Wlz en/of Wmo-zorg.
- Met een maximum eigen risico en Wm-zorg waarvoor het abonnementstarief geldt.
- Met een maximum eigen risico en intramurale Wlz-zorg waarvoor de hoge eigen bijdrage geldt. De percentages bij de eigen bijdrage Wlz zijn hoog. De eigen bijdrage is echter niet uitsluitend voor zorg maar ook voor wonen en voeding.

Huishoudens met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag deels gecompenseerd voor het eigen risico. Dat geldt echter niet voor huishoudens met een 3x modaal inkomen.

Alleenstaande met een 3x modaal inkomen: eigen betalingen als % van het besteedbaar inkomen

	gemiddeld eigen risico Zvw		maximum eigen risico Zvw + abonnementstarief Wmo		maximum eigen risico Zvw + hoge eigen bijdrage Wlz	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
eigen betalingen	0,3%	0,3%	1,2%	1,2%	45,8%	47,2%
compensatie via zorgtoeslag	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	0,3%	0,3%	1,2%	1,2%	45,8%	47,2%

Vraag 247:

Hoe groot is de toename van het aantal verwarde personen in de samenleving sinds er gestart is met de afbouw van bedden in 2013?

Antwoord:

De afgelopen jaren is het aantal E33-meldingen (persoon met verward gedrag) fors gestegen, voor deze stijging is geen eenduidige verklaring. Dit blijkt ook uit onderzoek van het Trimbos Instituut (Factsheet «Verwarde

personen» of «mensen met een acute zorgnood») en uit de *Rapportage Verkenning verward gedrag* (Bauke Koekoek, 2019), beide stellen expliciet dat er geen directe relatie is tussen de afbouw van het aantal klinische opnameplekken (ambulantisering) en het aantal meldingen van personen met verward gedrag bij de politie.

Vraag 248:

Hoe groot is het huidige tekort aan beschikbare plekken in beschermde woonvormen?

Antwoord:

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende plekken, passend bij wat in hun regio noodzakelijk is. Het aantal beschikbare plekken kan daarmee fluctueren. Er is geen centrale registratie van de beschikbare plekken in beschermde woonvormen en dus ook niet van eventuele tekorten op beschikbare plekken. Wel brengt het CBS twee keer per jaar het aantal cliënten dat gebruik maakt van beschermd wonen in kaart.

Vraag 249:

Kunt u een overzicht geven hoeveel geld er totaal naar de GGD'en gaat, zowel vanuit de VWS-begroting, als (voornamelijk) vanuit de gemeentelijke begrotingen, uitgesplitst naar hoeveel voor het Rijksvaccinatieprogramma en hoeveel voor jeugdgezondheidszorg in totaal?

Antwoord:

VWS heeft gelet op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten geen overzicht van de verdeling van middelen die gemeenten beschikbaar stellen aan JGZ-organisaties, zoals GGD'en. VWS is stelselverantwoordelijk voor de Wet publieke gezondheid (Wpg). Gemeenten zijn op grond van deze wet verantwoordelijk voor het laten uitvoeren van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, het prenataal huisbezoek en het Rijksvaccinatieprogramma door een JGZ-organisatie. Deze taken kan een gemeente in zijn geheel of gedeeltelijk bij een GGD beleggen, maar ook bij een andere organisatie zoals een gemeentelijke dienst of private organisatie. De gemeente ontvangt voor het laten uitvoeren van deze taken een bijdrage van het Rijk via het Gemeentefonds. Voor de middelen die via het Gemeentefonds beschikbaar komen geldt beleids- en bestedingsvrijheid. Verantwoording over de inzet hiervan loopt via de gemeenteraad. Daarnaast kunnen gemeenten ook andere taken bij een JGZ-organisatie beleggen. Denk aan preventie in het kader van de Jeugdwet of aan beleidsprogramma's op het terrein van leefstijl en mentale weerbaarheid voor kinderen. Het Rijk heeft gelet op het bovenstaande geen overzicht van de verdeling van middelen die gemeenten beschikbaar stellen aan GGD'en en andere JGZ-organisaties voor de uitvoering van de JGZ. GGD'en ontvangen daarnaast voorts middelen voor o.a. infectieziektebestrijding, gezondheidsbevordering en pandemische paraatheid. Een overzicht van hoeveel geld er totaal naar de GGD'en gaat is gelet op het bovenstaande derhalve niet voorhanden. Er is voor de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) door de JGZ-uitvoerders vanaf 2019 € 31,7 miljoen (incl. € 1 miljoen als stimulans voor de digitale gegevensuitwisseling RVP) overgeheveld naar het Gemeentefonds. Vanaf 2021 is een uitbreiding overgeheveld voor meningokokken; € 3,9 miljoen en vanaf 2022 een uitbreiding voor HPV jongens; € 2,8 miljoen. Vanaf 2024 wordt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de maternale kinkhoest vaccinatie overgeheveld naar de gemeenten. Hiervoor is € 4,4 miljoen beschikbaar. Ook hiervoor geldt de eerder genoemde beleids- en bestedingsvrijheid. Als gezegd is er is gelet op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten geen inzicht in welk bedrag gemeenten aan het RVP uitgeven.

Vraag 250:

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het vinden van budget voor een gordelroosvaccinatieprogramma?

Antwoord:

Tot op heden is er geen budget beschikbaar voor het programmatisch aanbieden van gordelroosvaccinatie. Er is op dit moment binnen artikel 1 van de begroting van VWS, waar deze uitgaven onder vallen, geen ruimte voor deze uitgaven.

Vraag 251:

Wat zijn de cijfers van gebruik van hormonale anticonceptie van de afgelopen vijf jaar? Zijn er ook cijfers bekend van vrouwen die zijn gestopt met hormonale anticonceptie?

Antwoord:

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) verzamelt en analyseert data over geneesmiddelgebruik in Nederland. Uit de data van de SFK blijken de volgende aantallen jaarlijkse gebruikers van hormonale anticonceptie (in pilvorm, hormoonspiraal, staaf, pleister, prikpil en ring) van de afgelopen 5 jaar.

Jaar	Aantal jaarlijkse gebruikers van hormonale ac
2018	2.211.729
2019	2.084.836
2020	1.728.292
2021	1.580.682
2022	1.453.208

Deze cijfers behoeven nadere duiding. Hormonale anticonceptie wordt grotendeels gebruikt ter voorkoming van een zwangerschap, maar er zijn ook andere indicaties waarbij deze medicatie wordt toegepast, zoals bij ernstige menstruatieklasten. Aan het stoppen met hormonale anticonceptie kunnen meerdere redenen ten grondslag liggen. Bijvoorbeeld de wens zwanger te worden of het bereiken van de menopauze.

Begin 2024 wordt de monitor seksuele gezondheid verwacht van Rutgers, het CBS en het RIVM. Hierin zullen meer gegevens worden gepubliceerd over het gebruik van anticonceptie in Nederland. Rutgers heeft al wel gepubliceerd over een deel van de resultaten, waarin een vergelijking getrokken kan worden tussen 2017 en 2023⁴³. Daaruit blijkt dat het percentage vrouwen 18–49 jaar die ooit vaginale seks hadden én hormonale anticonceptie gebruikt (pil, combinatie condoom en pil, spiraal – zonder onderscheid tussen koper- of hormonale spiraal –, prikpil, anticonceptiepleister, anticonceptiering en anticonceptiestaaftje) is gedaald van 50,1% naar 47,3% (met de kanttekening dat in dit percentage ook de koperspiraal is opgenomen, dit is geen hormonale anticonceptie). In 2023 is in het kader van dit onderzoek voor het eerst gevraagd wat de reden is om geen hormonale anticonceptie te gebruiken. Vrouwen konden meerdere redenen aankruisen. 32% noemde als reden geen hormonen te willen en 18% noemde bijwerkingen als reden. Kosten blijken nauwelijks een argument te zijn. Een deel van de vrouwen die geen (hormonale) anticonceptie gebruikt omdat ze geen hormonen willen of bijwerkingen ervaren maakt gebruik van zogenaamde cyclus-tracking methoden (met apps, thermometers) om de vruchtbare dagen vast te stellen. Rutgers heeft aangekondigd dit jaar aanvullend onderzoek te starten naar het gebruik en redenen van gebruik van deze «natuurlijke methoden» onder

⁴³ <https://rutgers.nl/nieuws/trends-in-anticonceptiegebruik/>

18- tot 30-jarigen. De resultaten hiervan worden eind januari 2024 verwacht.

Vraag 252:

In hoeverre hebben zelfdiagnosefilmpjes op TikTok en prikkels in het systeem zoals het deels kwijtschelden van een studieschuld na diagnose, invloed op de stijging van het aantal meldingen van mensen met ADHD-achtige symptomen?

Antwoord:

Er is geen informatie beschikbaar over de relatie tussen het aantal meldingen van mensen met ADHD-achtige symptomen en zelfdiagnosefilmpjes op TikTok.

Vraag 253:

Wat is de gemiddelde deeltijdfactor? Kunt u dit opsplitsen in eerste- en tweedelijnszorg? Met hoeveel uur zouden deeltijdcontracten gemiddeld vergroot moeten worden om het aantal openstaande vacatures significant af te laten nemen?

Antwoord:

In onderstaande tabel is weergegeven wat de deeltijdfactor per branche is in het tweede kwartaal van 2023. Een goede splitsing naar eerste- of tweedelijnszorg is niet te maken, omdat bijvoorbeeld in de GGZ zowel eerste- als tweedelijnszorg geleverd wordt.

Sector	Deeltijdfactor
Zorg en welzijn (smal)	0,68
Universitair medische centra	0,80
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	0,74
Geestelijke gezondheidszorg	0,77
Huisartsen en gezondheidscentra	0,60
Overige zorg en welzijn	0,69
Verpleging, verzorging en thuiszorg	0,60
Gehandicaptenzorg	0,69
Jeugdzorg	0,78
Sociaal werk	0,74

Bron: AZW Statline

Zowel de deeltijdfactor als de vacatures variëren sterk tussen de beroepen en de branches. Er zou dus ook per beroep en branche gekeken moeten worden in welke mate de deeltijdfactor vergroot zou moeten worden om het aantal vacatures significant terug te brengen. Goed inzicht in de verdeling van de vacatures over de beroepen en branches ontbreekt echter. Wel is op basis van gegevens uit het prognosemodel 2022 per beroep aan te geven wat het effect is op de tekorten als werknemers gemiddeld 1 uur extra per week gaan werken. Voor de beroepen met de grootste tekorten is dit:

- Verzorgenden: tekorten nemen met twee vijfde af
- Verpleegkundigen niveau 4: tekorten nemen met twee vijfde af
- Verpleegkundigen niveau 6: tekorten nemen met een derde af

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het gaat om gemiddelden die variëren per branche en regio.

Vraag 254:

Op welke manier is er het afgelopen jaar allemaal uitvoering gegeven aan het amendement-Tielen/Van Weyenberg over op het optimaliseren van het werkhervattingsproces bij, of na kanker? En hoe wordt dit voortgezet in 2024?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft op 12 september aan ZonMw opdracht gegeven om een project in te richten waarmee uitvoering wordt gegeven aan het amendement rondom het optimaliseren van het werkhervattingsproces bij en na kanker voor werkenden, werkgevers en behandelaars. Het doel van het project en de daaraan gekoppelde subsidieronde is om kennis over ondersteuning bij en mogelijke interventies gericht op werkbehoud bij en na kanker voor werkenden, werkgevers en behandelaren, te bundelen, toegankelijker te maken en benutting te stimuleren. ZonMw zal op 23 januari 2024 een subsidieoproep publiceren en vervolgens zal de call opengesteld worden.

Vraag 255:

Kunt u een overzicht geven van studies die op het departement zijn uitgevoerd naar de financiering van preventie ten opzichte van financiering van andere zorguitgaven? Welke resultaten hebben deze studies opgeleverd?

Antwoord:

Door het Ministerie van VWS is het Kennisplatform Preventie gevraagd om te adviseren hoe de brede kosten en baten en de budgettaire effecten van preventie het beste gewogen en meegenomen kunnen worden in de voorbereiding van de politieke en bestuurlijke besluitvorming. Dit advies zal in januari 2024 voor de begrotingsbehandeling aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Vraag 256:

Kunt u schetsen op welke manier er naar de maatschappelijke kosten en baten van arbeidsbesparende innovaties in de zorg gekeken wordt?

Antwoord:

Sociale en technologische innovaties kunnen bij passende inzet in zorg en ondersteuning een bijdrage leveren aan het verminderen van personeelstekorten in de zorg en het handhaven van de huidige 1 op 6 werkenden in zorg en welzijn. Het Ministerie van VWS werkt samen met onderzoeksinstellingen en andere partners aan kennisontwikkeling over de maatschappelijke kosten en baten van arbeidsbesparende innovaties in de zorg en verkent manieren waarop de kennisontwikkeling en implementatie van deze innovaties kunnen worden verbeterd. Zie ook vraag 42 over de potentiële besparingen van technologieën.

In de kerngroep sociale en technologische innovatie van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) wordt gesproken over de wijze waarop de baten van arbeidsbesparingen verzilverd worden en of dit proces beïnvloedbaar is. Innovaties kunnen bij gepaste inzet de arbeidsproductiviteit verhogen (meer werk met hetzelfde aantal mensen) of juist meer ruimte geven aan de professional. Bij het kijken naar de maatschappelijke kosten en baten van innovaties in de zorg is echter niet alleen arbeidsbesparing van belang, maar ook bijvoorbeeld de toegankelijkheid van zorg, veiligheid en de effecten op patiënten/cliënten.

Voor digitale en hybride processen van zorg en ondersteuning verzamelen veldpartijen op het Platform Transformatie naar digitale en hybride zorg en ondersteuning informatie die inzicht biedt in het geheel van maatschappelijke kosten en baten, en de voorwaarden om die via transformatie van processen te verzilveren. Het Ministerie van VWS, ZN en aanbieders van zorg en welzijn zijn met elkaar in gesprek om te verkennen hoe dit op een andere plek ook te organiseren valt voor niet-digitale innovaties.

Vraag 257:

Hoeveel middelen van het Wlz-kader is enkel beschikbaar via subsidies?

Antwoord:

Binnen het Wlz-kader zijn geen middelen beschikbaar voor subsidies. De Wlz-zorg wordt bekostigd op basis van beleidsregels voor de bekostiging van Wlz-zorg die worden opgesteld door de NZa. Zorgkantoren maken binnen de regionale contracteerruimte productieafspraken met de Wlz-aanbieders.

Vraag 258:

Hoeveel verschillende subsidies zijn er beschikbaar voor de Wlz?

Antwoord:

De zorg aan cliënten met een Wlz-indicatie wordt bekostigd vanuit de Wlz-premie. Dat geschiedt niet via subsidies, maar via productieafspraken die zorgkantoren maken met de zorgaanbieders.

Daarnaast worden via de begrotingsmiddelen instellingssubsidies en (meerjarige) projectsubsidies verstrekt. Het betreft onder meer de instellingssubsidies aan het CCE, Vilans, Movisie, Stichting Alzheimer Nederland, Stichting MIND, Mantelzorg NL, Landelijke luisterlijn en regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging. Bij de projectsubsidies betreft het onder meer Waardigheid en Trots op locatie en voor de gehandicaptenzorg gespecialiseerde clientondersteuning, begeleiding à la carte II, sociale werkplaatsen en de innovatie impuls II.

Vraag 259:

Kunt u een schematisch overzicht geven van alle meevallers in de Zvw?

Antwoord:

In onderstaande tabel zijn de ontwikkelingen van de netto-Zvw-uitgaven opgenomen voor de periode 2015–2023. De bijstellingen zijn onderverdeeld in actualisering (mee- en tegenvallers op basis van realisatiecijfers), overig autonoom (onder andere aanpassing loon- en prijsbijstelling), beleidsmatig en technisch (onder andere overhevelingen).

Tot slot is in de tabel opgenomen hoe hoog de actualisering is als aandeel van de stand ontwerpbegroting.

Voor 2023 is de meest recente informatie opgenomen in de 2e suppletoire begroting 2023.

Ontwikkeling Zvw-uitgaven 2015–2022 (bedragen x € 1 miljoen)

	2015	2016	2017	2018 ¹	2019	2020	2021	2022 ²	2023 ³
Stand ontwerpbegroting netto									
Zvw-uitgaven	41.146	42.665	43.269	45.310	47.245	47.855	47.668	51.601	55.608
Stand jaarverslag netto Zvw-uitgaven	39.625	40.874	42.190	43.493	45.532	47.434	48.110	51.111	54.376
Bijstellingen netto Zvw-uitgaven	- 1.522	- 1.791	- 1.079	- 1.816	- 1.713	- 421	442	- 489	- 1.232
wv. actualisering	- 515	- 877	- 883	- 1.806	- 1.160	- 256	209	- 516	- 1.179 ⁴
wv. overig autonoom	- 177	- 187	- 40	- 100	- 25	- 36	158	19	- 72
wv. beleidsmatig	- 806	- 654	- 9	104	- 346	- 52	80	8	18
wv. technisch	- 23	- 73	- 148	- 14	- 181	- 77	- 5	0	0
Procentuele bijstelling actualisatie	- 1,3%	- 2,1%	- 2,0%	- 4,0%	- 2,5%	- 0,5%	0,4%	- 1,0%	- 2,1%

¹ Stand ontwerpbegroting incl. mutaties van de Startnota.

² Stand ontwerpbegroting incl. de nota van wijziging.

³ Bij de stand jaarverslag is de stand 2e suppletoire begroting 2023 opgenomen.

⁴ Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft aangegeven dat zij over nieuwere informatie beschikken dan de 3e kwartaalrapportage die zij geleverd hebben, waar het Ministerie van VWS de mutaties voor de 2e suppletoire begroting op gebaseerd heeft. Daaruit blijkt dat ZiNL de sector Medisch-Specialistische Zorg (MSZ) abusievelijk gecorrigeerd had. Zonder deze correctie verandert de totale neerwaartse bijstelling van de Zvw van € 192,5 miljoen in een opwaartse bijstelling van € 31,9 miljoen. Dit zullen we in het jaarverslag van VWS in mei gaan verwerken.

De post actualisering bevat het saldo van mee- en tegenvallers bij de verschillende Zvw-sectoren. Met name bij de Zvw-sector wijkverpleging was de afgelopen jaren sprake van forse onderschrijdingen. Voor deze sector zijn op basis van hoofdlijnenakkoorden en thans het Integraal Zorgakkoord meerjarige afspraken over het financieel kader van

toepassing. Onderschrijdingen in enig jaar werken daardoor niet automatisch door in het financiële kader van latere jaren.

Vraag 260:

Kunt u een overzicht geven van de tekorten in de zorg uitgesplitst in sector?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten per branche. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2023.

In onderstaande tabel is weergegeven wat het verwachte tekort in 2024 per branche is. Het gaat hier om tekorten aan werknemers die werken bij een organisatie in de sector Zorg en Welzijn.

Verwachte tekorten 2024 per branche

	Aantallen
Universitair medische centra	2.500
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	4.400
Geestelijke gezondheidszorg	5.500
Huisartsen en gezondheidscentra	1.200
Overige zorg en welzijn	7.000
Verpleging en verzorging	13.100
Thuiszorg	4.900
Gehandicaptenzorg	7.800
Jeugdzorg	900
Sociaal werk	2.700

Bron: ABF Research, Prognosemodel Zorg en Welzijn

Vraag 261:

Kunt u aangeven hoeveel non-electieve ic-patiënten na overplaatsing naar een reguliere verpleegafdeling, weer heropgenomen zijn op de ic het afgelopen jaar? Is het mogelijk dit uit te splitsen naar algemeen perifeer ziekenhuis en naar universitaire centra?

Antwoord:

Op basis van de cijfers (over het jaar 2022) van de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) kan het Ministerie van VWS aangeven dat in perifere ziekenhuizen 1.950 non-electieve ic-patiënten na overplaatsing naar een reguliere verpleegafdeling in hetzelfde ziekenhuis, weer zijn heropgenomen op de ic. In de universitaire centra waren dit 909 non-electieve ic-patiënten die na overplaatsing naar een reguliere verpleegafdeling in hetzelfde ziekenhuis, weer heropgenomen zijn op de ic.

Vraag 262:

Kunt u een overzicht geven van de ontwikkeling van de arbeidsmarkttekorten uitgesplitst per sector sinds 2010?

Antwoord:

De tekorten op de arbeidsmarkt worden niet van jaar op jaar gemeten. Voor inzichten in de tekorten maakt het Ministerie van VWS gebruik van de prognoses die worden gemaakt in het kader van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Deze prognoses kijken echter alleen vooruit.

Een indicatie over de tekorten is te vinden in de vacaturegraad (het aantal vacatures per 1000 banen van werknemers). Het gaat hier om een indicatie omdat een vacature niet per se betekent dat er een tekort is, er verstrijkt immers over het algemeen ook tijd tussen het vacant komen van een baan en het weer vervullen van die baan. Dit gezegd hebbende zijn in

onderstaande tabel de cijfers over de vacaturegraad in de periode 2018–2022 opgenomen. Data over eerdere jaren zijn niet beschikbaar.

	2018	2019	2020	2021	2022
Zorg en welzijn (smal)	25	27	26	36	41
Universitair medische centra	21	25	32	31	37
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	19	22	16	24	27
Geestelijke gezondheidszorg	45	48	42	60	57
Huisartsen en gezondheidscentra	13	17	7	36	34
Overige zorg en welzijn	31	33	40	47	54
Verpleging, verzorging en thuiszorg	23	24	26	35	39
Gehandicaptenzorg	28	28	21	34	46
Jeugdzorg	18	15	15	20	29
Sociaal werk	23	38	23	58	47

Vraag 263:

Kan worden aangegeven hoeveel middelen in de begroting beschikbaar worden gesteld om de zorg in Nederland te verduurzamen? Kan puntsgewijs worden aangegeven aan welke posten en waar dit kan worden teruggevonden in de begroting?

Antwoord:

Vanuit artikel 4 (Zorgbreed beleid) is in 2024 € 14,1 miljoen beschikbaar voor het ondersteunen van de sector bij het vergroenen van de (publieke) zorg en welzijn met kennis, innovatie en opschaling.

Vanuit artikel 2 (Curatieve Zorg) is in 2024 € 5,0 miljoen beschikbaar voor deelname aan de IPCEI Health. Die is gericht op de stimulering van MedTech-initiatieven vanuit de private sector die het meeste bijdragen aan versterking van de leveringszekerheid en waar mogelijk verduurzaming wordt gestimuleerd. Tevens is vanuit artikel 2 in 2024 € 10,5 miljoen beschikbaar om aan te sluiten bij relevante EU-initiatieven zoals de IPCEI Health op het gebied van geneesmiddelen, dat wordt gericht op modernisering en vergroening van productieprocessen en productie dicht bij huis in Nederland en de EU.

Naast de hierboven genoemde begrotingsgefinancierde uitgaven wordt de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) structureel opgehoogd met een duurzaamheidscomponent via de premie gefinancierde uitgaven. Voor de langdurige zorg gaat het over in totaal € 120 miljoen (sinds 2019 € 4 miljoen per jaar extra en vanaf 2025 € 100 miljoen structureel extra per jaar). Voor de geneeskundige GGZ en de forensische zorg bedraagt de verhoging met een duurzaamheidscomponent eenmalig 4,1% over de stichtingskosten van het gebouw, zonder de aanschaf van de grond.

Vraag 264:

Kunt een overzicht geven van het aantal verpleeghuisplekken per provincie?

Antwoord:

Op dit moment zijn er geen cijfers per provincie beschikbaar. De aantallen naar zorgkantoorregio treft u aan in het antwoord op vraag 265.

Vraag 265:

Kunt u een overzicht geven van het aantal verpleeghuisplekken per zorgkantoorregio?

Antwoord:

In onderstaande tabel treft u het aantal cliënten aan dat in 2022 (op peilmoment gemeten) is opgenomen in de VV-sector per zorgkantoor-regio.

Leveringsvorm zorg	Zin verblijf	Zin verblijf met behandeling	Zin verblijf zonder behandeling
Nederland	125.225	96.680	28.595
Amstelland en De Meerlanden (ZK)	1.830	1.565	265
Amsterdam (ZK)	3.935	3.495	440
Apeldoorn/Zutphen (ZK)	2.925	2.000	925
Arnhem (ZK)	7.775	6.630	1.150
Drenthe (ZK)	4.075	2.785	1.290
Flevoland (ZK)	1.070	860	205
Friesland (ZK)	5.485	3.205	2.280
Groningen (ZK)	4.755	3.350	1.405
Haaglanden (ZK)	5.765	4.490	1.275
Kennemerland (ZK)	3.330	3.085	245
Midden-Brabant (ZK)	3.415	2.250	1.165
Midden-Holland (ZK)	1.555	1.250	305
Midden-IJssel (ZK)	1.415	965	450
Nijmegen (ZK)	3.550	3.085	465
Noord- en Midden-Limburg (ZK)	3.785	2.765	1.025
Noord-Holland Noord (ZK)	4.505	2.600	1.900
Noordoost-Brabant (ZK)	4.850	3.625	1.225
Rotterdam (ZK)	5.225	4.670	565
't Gooi (ZK)	2.800	2.385	415
Twente (ZK)	5.425	4.020	1.405
Utrecht (ZK)	8.285	6.525	1.765
Waardenland (ZK)	3.220	2.695	530
West-Brabant (ZK)	5.960	4.615	1.345
Zaanstreek/Waterland (ZK)	2.045	1.540	505
Zeeland (ZK)	3.565	2.695	870
Zuid-Holland Noord (ZK)	3.685	3.125	560
Zuid-Hollandse Eilanden (ZK)	2.740	2.220	525
Zuidoost-Brabant (ZK)	4.895	3.970	925
Zuid-Limburg (ZK)	6.110	4.545	1.570
Zwolle (ZK)	3.870	2.975	900
Westland Schieland Delfland (ZK)	3.375	2.680	700

De gegevens treft u aan op: StatLine – Personen met gebruik Wlz-zorg in natura; leveringsvorm, zpz/zorgvorm, regio (cbs.nl)

Vraag 266:

Kunt u een overzicht geven van alle gemeentelijke woonzorgvisies waarbinnen nog wordt uitgegaan van een groei van het aantal verpleeghuisplekken? Kan daarin worden opgenomen hoe hoog het aantal plekken in de gemeente nu is en van welke groei wordt uitgegaan?

Antwoord:

Dit overzicht is niet beschikbaar, onder meer omdat nog niet alle gemeenten een woonzorgvisie hebben met daarin een gedetailleerde opgave van het aantal te realiseren woningen die geschikt zijn voor ouderen met een Wlz-indicatie. Wel is het aantal plaatsen in (onomkeerbare) bouwplannen van zorgaanbieders bekend die nog een uitbreiding van verpleeghuisplaatsen voorzien. Dit aantal is 5.800. Daarnaast wordt ingezet op de creatie van zorggeschikte woningen voor 40.000 Wlz-cliënten om aan de groeiende woonzorgvraag van ouderen tot en met 2030 tegemoet te kunnen komen.

Vraag 267:

Kan er een inschatting gemaakt worden van de kosten van het volledig vergoeden van spraakcomputers via de Zvw en de Wlz?

Antwoord:

Nee. Een spraakcomputer is slechts één van de spraakhulpmiddelen die ingezet kunnen worden bij een spraakbeperking. Het is niet mogelijk om uit de beschikbare data een onderscheid te maken op de spraakcomputers binnen de spraakhulpmiddelen. Op basis van de gegevens uit de GIP databank is wel te concluderen dat de uitgaven in 2022 die gemoeid waren met de vergoeding van spraakhulpmiddelen vanuit de Zvw € 2.278.300 bedroegen. De kosten voor het volledig vergoeden van spraakhulpmiddelen vanuit de Wlz kunnen niet ingeschat worden vanwege de bekostigingsvorm van de Wlz.

Vraag 268:

Kunt u een overzicht geven van de instroom en uitstroom van studenten aan de verschillende zorgopleidingen aan de hogescholen? Hoe lang blijven afgestudeerde zorgprofessionals gemiddeld aan het werk in hun beroep en wat is de spreiding van deze periodes?

Antwoord:

In 2022 startten in totaal 13.045 studenten een zorgopleiding aan een hogeschool. Dit betreft zowel voltijd, deeltijd als duale studenten. Ook omvat het de instroom van associate degrees, bachelor- en masteropleidingen. De grootste opleiding is de bacheloropleiding verpleegkunde met 6.075 studenten. 11.629 studenten volgen hun studie voltijd. 10.063 studenten zijn in 2022 afgestudeerd van een zorgopleiding (Bron: Vereniging Hogescholen).

Het is binnen het Ministerie van VWS niet bekend hoe lang afgestudeerde zorgmedewerkers gemiddeld werkzaam blijven in hun beroep. Wel zijn gegevens beschikbaar ten aanzien van een aantal HBO opleidingen in de zorg over studenten die een voltijdsopleiding volgen, in 2018 hun diploma haalden, als werknemer aan het werk zijn gegaan in de zorgsector en na twee jaar nog werkzaam waren als werknemer in de sector.

Opleiding	Na twee jaar nog werkzaam in de zorg
Verpleegkunde (hbo)	94%
Sociaal werk, Pedagogiek, Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Culturele en Maatschappelijk Vorming, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (hbo)	84%

Bron: AZW Statline

Vraag 269:

Op welke manier zijn de meevallers (bijna € 14 miljard) op zorg in de jaren 2012–2022 verwerkt in een lagere zorgpremie? Kunt u dit weergeven in een tabel?

Antwoord:

De genoemde meevallers betreffen onderschrijdingen op het Uitgavenplafond Zorg. Deze onderschrijdingen hebben niet alleen betrekking op de Zvw maar op alle zorg onder het Uitgavenplafond Zorg, zoals ook de Wlz. Niet alle meevallers zijn dus relevant voor de Zvw-premies.

Meevallers werken op twee manieren door in de premie, namelijk via de uitgavenraming en via de reserve-inzet van verzekeraars. Bij de raming van de zorgpremie wordt uitgegaan van de meest actuele verwachting van de uitgaven voor het komende jaar. Hierin zijn onder andere meegenomen hoe de realisaties van de uitgaven uit het verleden doorwerken op de toekomst, beleid en de verwachte ontwikkeling van de lonen en prijzen. Daarmee geeft de verwachting van de premie een zo goed mogelijk beeld van welke premie nodig is om de verwachte zorguitgaven voor het

komende jaar te kunnen betalen. De meevallers uit het verleden zijn dus meegenomen in de premieraming, voor zover wordt verwacht dat deze doorwerken in latere jaren. Soms worden meevallers pas zichtbaar tijdens het lopende jaar. Dit heeft een verlagend effect op de zorgpremie de jaren erna, namelijk via de reserve-inzet van verzekeraars. Omdat meevallers op een ander moment kunnen optreden dan wanneer dit in de premie wordt verwerkt, kan dit niet weergegeven worden in een tabel. Daarnaast gaan zorgverzekeraars zelf over de vaststelling van de nominale premie en zij maken daarin een eigen inschatting van de verwachte zorguitgaven. Het kabinet maakt daarbij een raming van de verwachte premies voor het komende jaar, die door de verzekeraars wordt bepaald.

Vraag 270:

Met welke bedragen is de zorgpremie gestegen door de meevallers (bijna € 14 miljard) in de jaren 2012–2022? Kunt u dit weergeven in een tabel?

Antwoord:

De genoemde meevallers betreffen onderschrijdingen op het Uitgavenplafond Zorg. Deze onderschrijdingen hebben niet alleen betrekking op de Zvw maar op alle zorg onder het Uitgavenplafond Zorg, zoals ook de Wlz. Niet alle meevallers zijn dus relevant voor de Zvw-premies.

Meevallers werken op twee manieren door in de premie, namelijk via de uitgavenraming en via de reserve-inzet van verzekeraars. Bij de raming van de zorgpremie wordt uitgegaan van de meest actuele verwachting van de uitgaven voor het komende jaar. Hierin zijn onder andere meegenomen hoe de realisaties van de uitgaven uit het verleden doorwerken op de toekomst, beleid en de verwachte ontwikkeling van de lonen en prijzen. Daarmee geeft de verwachting van de premie een zo goed mogelijk beeld van welke premie nodig is om de verwachte zorguitgaven voor het komende jaar te kunnen betalen. De meevallers uit het verleden zijn dus volledig meegenomen in de premieraming, voor zover wordt verwacht dat deze doorwerken in latere jaren. Soms worden meevallers pas zichtbaar tijdens het lopende jaar. Dit heeft een verlagend effect op de zorgpremie de jaren erna, namelijk via de reserve-inzet van verzekeraars. Meevallers leiden dus niet tot een stijging van de zorgpremie. Omdat meevallers op een ander moment kunnen optreden dan wanneer dit in de premie wordt verwerkt, kan dit niet weergegeven worden in een tabel. Daarnaast gaan zorgverzekeraars zelf over de vaststelling van de nominale premie en zij maken daarin een eigen inschatting van de verwachte zorguitgaven. Het kabinet maakt daarbij een raming van de verwachte premies voor het komende jaar, die door de verzekeraars wordt bepaald.

Vraag 271:

Hoe zijn de onderschrijdingen (bijna € 14 miljard) verwerkt in de jaren 2012–2022? Kunt u dit weergeven in een tabel?

Antwoord:

De onderschrijdingen van het uitgavenplafond worden in alle budgettaire brieven aan de Kamer gemeld. In onderstaande tabel valt te zien dat de plafonds zijn vastgesteld in een startnota op het niveau van de dan actuele uitgavenraming. In de Startnota's is er dan ook geen onderschrijding. In de tabel zijn niet alle budgettaire brieven vermeld, maar alleen de begrotingsstanden, omdat in de begrotingen steeds een meerjarig beeld wordt geschetst. Voor alle jaren is de laatst vermelde stand, het jaarverslag.

Tabel Onderschrijdingen van het uitgaven plafond zorg (UPZ) (Bedragen x € 1 miljard)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Startnota 2010	0										
Begroting 2012	0,5										
Begroting 2013											
Startnota 2012		0	0	0	0	0					
Begroting 2014		- 0,3	0	0	0	0					
Begroting 2015			- 0,7	- 0,1	- 0,6	- 1,1					
Begroting 2016				- 0,2	- 0,7	- 1,3					
Begroting 2017					- 0,8	- 1,4					
Begroting 2018						- 1,7					
Startnota 2017							0	0	0	0	
Begroting 2019							- 0,8	- 0,5	- 0,5	- 0,6	
Begroting 2020								- 1,0	- 1,3	- 1,2	
Begroting 2021									- 1,2	- 1,1	
Begroting 2022										- 0,6	
Startnota 2022											0,0
Begroting 2023											- 1,0
Onderschrijding in Jaarverslag	0,9	- 1,1	- 2,0	- 0,6	- 1,8	- 2,6	- 1,9	- 1,4	- 1,1	- 0,3	- 0,9
Idem, als percentage uitgaven	1,4%	- 1,7%	- 3,0%	- 0,9%	- 2,7%	- 3,6%	- 2,6%	- 2,0%	- 1,4%	- 0,4%	- 1,1%
Groei plafond	4,3%	2,0%	2,0%	- 2,0%	3,3%	3,9%	2,8%	- 1,9%	5,3%	2,2%	7,6%
Groei uitgaven	1,0%	0,7%	0,7%	0,1%	1,5%	2,8%	3,9%	- 1,3%	5,9%	3,3%	6,9%
Vershil	- 3,2%	- 1,3%	- 1,3%	2,1%	- 1,9%	- 1,0%	1,1%	0,6%	0,7%	1,1%	- 0,8%

Uit de tabel valt op te maken dat de onderschrijding in een bepaald jaar vaak oploopt in de tijd. Zo loopt de onderschrijding 2017 op van € 1,1 miljard in de ontwerpbegroting 2015 tot € 2,6 miljard in het jaarverslag. Het komt echter ook voor dat een onderschrijding kleiner wordt. Zo werd de onderschrijding 2021 tussen de inschatting daarvan in de ontwerpbegroting 2020 en de realisatie in het jaarverslag 75% kleiner. Ook valt goed te zien dat bijstellingen vaak structureel worden verwerkt. Daardoor is de onderschrijding in de begroting 2019 vanaf 2019 € 0,5 miljard. In de begroting 2020 wordt de overschrijding structureel ruim € 1 miljard en in de begroting 2021 daalt de overschrijding in zowel 2020 als 2021 met € 0,1 miljard.

Dat de onderschrijding vanaf 2018 daalt van € 1,9 miljard naar € 0,3 miljard in 2021 duidt er op dat de groei van de uitgaven in 2018 weliswaar te hoog was ingeschat, maar dat de groei in latere jaren juist iets te laag was geraamd. Dat blijkt ook als de groei in het plafond wordt afgezet tegen de groei van de gerealiseerde uitgaven. Dan blijkt dat de groei in vijf jaren te hoog en in vijf jaren te laag was ingeschat in het plafond. Gemiddeld genomen is de groei in de hele periode slechts 0,4% te hoog ingeschat.

Vraag 272:

Welk percentage van de zorgkosten (€ 103,4 miljard) wordt uitgegeven aan programmatisch aangeboden vaccinaties (inclusief en exclusief coronavaccinatie)? Hoe verhoudt het percentage hier in Nederland zich tot dat van buurlanden?

Antwoord:

Voor het Rijksvaccinatieprogramma, het Nationaal Programma Grieppreventie en het Nationaal Programma Pneumokokkenvaccinatie voor Volwassenen wordt in totaal € 252,8 miljoen uitgegeven aan uitvoeringskosten en vaccinkosten. Voor COVID-vaccinatie is in de ontwerpbegroting een bedrag van circa € 264 miljoen opgenomen. Dit is exclusief een eventuele najaarsronde van vaccinatie tegen Covid waarover nog moet worden besloten.

Dit geeft een totaalbedrag van circa € 522,8 miljoen en een percentage van 0,5%. Het is niet bekend hoe dit percentage zich verhoudt tot dat van buurlanden.

Vraag 273:

In welke jaren is de zorgpremie neerwaarts bijgesteld en met welk bedrag als gevolg van de onderschrijdingen op de VWS-begroting?

Antwoord:

Meevallers werken op twee manieren door in de premie, namelijk via de uitgavenraming en via de reserve-inzet van verzekeraars. Bij de raming van de zorgpremie wordt uitgegaan van de meest actuele verwachting van de uitgaven voor het komende jaar. Hierin zijn onder andere meegenomen hoe de realisaties van de uitgaven uit het verleden doorwerken op de toekomst, beleid en de verwachte ontwikkeling van de lonen en prijzen. Daarmee geeft de verwachting van de premie een zo goed mogelijk beeld van welke premie nodig is om de verwachte zorguitgaven voor het komende jaar te kunnen betalen. De meevallers uit het verleden zijn dus volledig meegenomen in de premieraming, voor zover wordt verwacht dat deze doorwerken in latere jaren. Soms worden meevallers pas zichtbaar tijdens het lopende jaar. Dit heeft een verlagend effect op de zorgpremie de jaren erna, namelijk via de reserve-inzet van verzekeraars. De raming van VWS van de nominale premie wordt dus voorafgaand aan het jaar bepaald en nooit achteraf bijgesteld. Eventuele onvoorziene onderschrijdingen resulteren in latere jaren in een lagere premie (zie ook antwoord 270).

Omdat meevallers op een ander moment kunnen optreden dan wanneer dit in de premie wordt verwerkt, kan dit niet weergegeven worden in een tabel. Daarnaast gaan zorgverzekeraars zelf over de vaststelling van de nominale premie en zij maken daarin een eigen inschatting van de verwachte zorguitgaven. Het kabinet maakt daarbij een raming van de verwachte premies voor het komende jaar, die door de verzekeraars wordt bepaald.

Vraag 274:

Kunt u een overzicht delen van Gezondheidsraadadviezen op het gebied van vaccinatieprogramma's die nog niet zijn opgevolgd? Kunt u hierbij aangeven met welke budgettaire gevolgen u rekening houdt als deze adviezen worden geïmplementeerd? Kan tevens per advies worden aangegeven in welk jaar het is afgegeven en welke initiatieven er lopen om eventuele uitdagingen te verhelpen?

Antwoord:

Er zijn twee adviezen van de Gezondheidsraad over vaccinaties die nog niet zijn opgevolgd, omdat hier geen financiële dekking voor is. Het gaat om de adviezen over vaccinatie tegen gordelroos uit 2019 (nieuw programma) en vaccinatie van ouderen tegen pneumokokken uit 2023 (aanpassing van het bestaande programma).

De kosten voor het programmatisch aanbieden van gordelroosvaccinatie inclusief een inhaalcampagne worden geschat op € 180 miljoen per jaar in de eerste vijf jaren en daarna jaarlijks € 30 miljoen.

De extra kosten voor het opvolgen van het advies over pneumokokken worden geschat op zo'n € 50 miljoen in het eerst jaar en tussen de € 10 en € 20 miljoen per jaar in de vier jaren daarna. De structurele totale kosten zijn € 13 miljoen per jaar, dat is jaarlijks € 32 miljoen minder dan de huidige totale kosten van het vaccinatieprogramma tegen pneumokokken.

Voor deze uitgaven is nu geen ruimte binnen artikel 1 van de begroting van VWS.

Vraag 275:

In welke jaren is de zorgpremie neerwaarts bijgesteld en met welk bedrag als gevolg van de onderschrijdingen op de VWS-begroting?

Antwoord:

Meevallers werken op twee manieren door in de premie, namelijk via de uitgavenraming en via de reserve-inzet van verzekeraars. Bij de raming van de zorgpremie wordt uitgegaan van de meest actuele verwachting van de uitgaven voor het komende jaar. Hierin zijn onder andere meegenomen hoe de realisaties van de uitgaven uit het verleden doorwerken op de toekomst, beleid en de verwachte ontwikkeling van de lonen en prijzen. Daarmee geeft de verwachting van de premie een zo goed mogelijk beeld van welke premie nodig is om de verwachte zorguitgaven voor het komende jaar te kunnen betalen. De meevallers uit het verleden zijn dus volledig meegenomen in de premieraming, voor zover wordt verwacht dat deze doorwerken in latere jaren. Soms worden meevallers pas zichtbaar tijdens het lopende jaar. Dit heeft een verlagend effect op de zorgpremie de jaren erna, namelijk via de reserve-inzet van verzekeraars. De raming van VWS van de nominale premie wordt dus voorafgaand aan het jaar bepaald en nooit achteraf bijgesteld. Eventuele onvoorziene onderschrijdingen resulteren in latere jaren in een lagere premie (zie ook antwoord 270).

Omdat meevallers op een ander moment kunnen optreden dan wanneer dit in de premie wordt verwerkt, kan dit niet weergegeven worden in een tabel. Daarnaast gaan zorgverzekeraars zelf over de vaststelling van de nominale premie en zij maken daarin een eigen inschatting van de verwachte zorguitgaven. Het kabinet maakt daarbij een raming van de verwachte premies voor het komende jaar, die door de verzekeraars wordt bepaald.

Vraag 276:

Kunt u aangeven hoeveel zorgvraag vermeden kan worden bij de huisarts en in het ziekenhuis, en hoeveel schaarse zorgcapaciteit kan worden vrijgespeeld door invoering van gordelroosvaccinatie?

Antwoord:

Actuele en precieze informatie over de te vermijden zorgvraag is niet beschikbaar. In het Gezondheidsraadadvies over gordelroosvaccinatie uit 2019 staat dat jaarlijks zo'n 88.000 mensen de huisarts bezoeken vanwege gordelroos en dat gordelroos jaarlijks zo'n 500 ziekenhuisopnames veroorzaakt. In onderzoek uit 2018 werden de zorgkosten van gordelroos geschat op ruim € 11 miljoen. Hiervan was zo'n € 10 miljoen voor kosten voor de huisarts en ruim € 1 miljoen voor ziekenhuiskosten.

Vraag 277:

Op welke manier zijn de ramingen bijgesteld naar aanleiding van de jarenlange onderschrijdingen op de VWS-begroting?

Antwoord:

Onderschrijdingen werken op twee manieren door in de ramingen van de VWS-begroting. Allereerst worden mee- en tegenvallers structureel in de VWS-begroting verwerkt, wanneer daar aanleiding voor is. Een onderschrijding kan ook incidenteel zijn of niet structureel worden verwerkt omdat er bestuurlijke afspraken zijn gemaakt over uitgavenontwikkelingen zoals bij het integraal zorgakkoord (IZA).

Daarnaast wordt de groei van de zorguitgaven (die vallen onder de definitie van het Uitgavenplafond Zorg) geüpdatet bij aanvang van een nieuw kabinet met de middellange termijn (MLT)-raming zorg van het CPB. Het CPB houdt in deze onafhankelijke MLT-raming, naast loon- en prijsontwikkelingen, demografie en de ontwikkeling van het inkomen per

capita, ook rekening met een langjarige trend in de ontwikkeling van de zorguitgaven. In deze langjarige trend wordt dus ook rekening gehouden met opgetreden meevallers uit het verleden.

Vraag 278:

Kunt u aangeven hoeveel vraag u verwacht voor Pre Expositie Profylaxe (PrEP)-zorg vanuit de verschillende risicogroepen?

Antwoord:

Het is moeilijk om een exacte schatting te maken van de vraag naar PrEP-zorg bij de GGD. Mede omdat de vraag afhankelijk is van de persoonlijke situatie van de potentiële gebruiker en deze door de tijd heen kan veranderen. Ook is niet met zekerheid te zeggen wat het effect zal zijn dat personen in de nieuwe regeling zelf hun medicatie gaan betalen. De voorzichtige schatting is een vraag van ongeveer 12.500 personen naar PrEP-zorg bij de GGD. Dit is gebaseerd op het huidige aantal personen dat PrEP-zorg bij de GGD ontvangt, de wachtlijsten (met de kanttekening dat die niet uniform en niet overal zijn bijgehouden) en het aantal personen dat PrEP-zorg bij de huisarts kreeg in 2022 (rekening houdend met overlap met de wachtlijsten). Ook is het gebaseerd op de inschatting van het RIVM dat het verbreden van de reikwijdte van de regeling naar alle personen met een verhoogd risico op hiv, leidt tot een marginale verhoging van de vraag naar PrEP.

Vraag 279:

Wat is het effect op de Wmo 2015 nu er geld wordt vrijgemaakt wat bestemd was voor de eigen bijdrage huishoudelijke hulp, wordt besteed aan het verstrekken van gratis schoolmaaltijden?

Antwoord:

De betreffende middelen waren bestemd voor de voorbereidingen van het CAK (in 2024) op de invoering van de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage huishoudelijke hulp, die voorzien was per 1/1/2025 (zie Kamerstukken II 2022/23, 29 538, nr. 346).

Bij Voorjaarsnota 2023 heeft het kabinet echter besloten om het wetsvoorstel voor invoering van deze eigen bijdrage in te trekken. De genoemde financiële middelen voor 2024 vielen daarom vrij waardoor het effect op de Wmo 2015 nihil is.

Ook is in de Voorjaarsnota 2023 aangekondigd dat per 1/1/2026 het abonnementstarief Wmo 2015 zal worden afgeschaft en dat niet alleen voor huishoudelijke hulp een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage zal worden geïntroduceerd, maar voor alle

Wmo-maatwerkvoorzieningen waar nu het abonnementstarief op van toepassing is. Voor de kosten die gemaakt moeten worden om de invoering goed voor te bereiden zijn middelen gereserveerd op de Rijksbegroting.

Vraag 280:

Wat levert verdere concentratie zoals aangegeven in de brief (Kamerstuk 31765–816) van Minister Kuipers van ziekenhuiszorg op? Is dit al opgenomen in het basispad?

Antwoord:

In de brief van het Ministerie van VWS van 17 oktober 2023 (Kamerstukken II 2023/24, 31 765, nr. 816) wordt ingezet op een brede, gebalanceerde beweging naar meer netwerkzorg, concentratie én spreiding van het zorglandschap. Hiermee wordt beoogd om de kwaliteit en toegankelijkheid van hoogcomplexere zorg te verhogen en een betere benutting van schaarse mensen en middelen te bewerkstelligen. Deze beweging is onderdeel van de in het Integraal Zorgakkoord (IZA) gemaakte inhoude-

lijke afspraken en de daaraan gekoppelde financiële reeksen. In die zin zijn de over concentratie gemaakte afspraken in het IZA onderdeel van het basispad.

Vraag 281:

Waarop heeft u de verwachte vraag naar PrEP vanuit deze individuele risicogroepen gebaseerd bij het opstellen van deze begroting?

Antwoord:

Het is moeilijk om een exacte schatting te maken van de vraag naar PrEP-zorg bij de GGD. Mede omdat de vraag afhankelijk is van de persoonlijke situatie van de potentiële gebruiker en deze door de tijd heen kan veranderen. Ook is niet met zekerheid te zeggen wat het effect zal zijn dat personen in de nieuwe regeling zelf hun medicatie gaan betalen. De voorzichtige schatting is een vraag van ongeveer 12.500 personen naar PrEP-zorg bij de GGD. Dit is gebaseerd op het huidige aantal personen dat PrEP-zorg bij de GGD ontvangt, de wachtlijsten (met de kantttekening dat die niet uniform en niet overal zijn bijgehouden) en het aantal personen dat PrEP-zorg bij de huisarts kreeg in 2022 (rekening houdend met overlap met de wachtlijsten). Ook is het gebaseerd op de inschatting van het RIVM dat het verbreden van de reikwijdte van de regeling naar alle personen met een verhoogd risico op hiv, leidt tot een marginale verhoging van de vraag naar PrEP.

Vraag 282:

Welke budgetten zijn er beschikbaar voor het vergroten van het werkplezier in de zorg, het ontzorgen van de zorgprofessional en het vergroten van tijd voor de patiënt? Hoe gaat u ervoor zorgen dat de vakmensen in de zorg worden behouden?

Antwoord:

Deze opgaven worden geadresseerd in het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ). Het doel is om een transitie in gang te zetten naar het anders organiseren van het werk. Vanuit dit programma ondersteunen we de beweging op goed werkgeverschap en een leven lang ontwikkelen, zodat er een iteratief proces van anders werken, gecreëerde tijd en ruimte voor medewerkers, verzuivering op behoud en leren ontstaat en er vervolgens weer tijd en ruimte is om anders te werken. Op deze wijze krijgt de transitie op termijn meer vaart. Hetzelfde iteratieve proces ontstaat door het verminderen van administratieve lasten: substantiële verlaging van de administratieve lasten biedt ruimte voor het anders werken. De komende jaren zet het kabinet hier verder op in via het programma [Ont]Regel de Zorg 2022–2025. Zie voor het budget hiervan ook vraag 283.

Om de transitie te ondersteunen is vanuit het programma TAZ structureel ruim 130 miljoen euro per jaar beschikbaar. Hieruit wordt onder andere via de subsidieregeling Sectorplan Plus een extra impuls gegeven aan opleidingsprojecten die zijn gericht op nieuwe instroom, opscholing en behoud van personeel. In het voorjaar van 2024 komt een deel van deze middelen daarnaast via de Stimuleringsregeling Innovatie TAZ-WOZO beschikbaar voor de sector. Hiermee kunnen organisaties met behulp van digitale en hybride processen die arbeidsbesparend of -verlichtend werken de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning op peil houden. Ook dit draagt bij aan het vergroten van werkplezier, behoud en ontzorgen van professionals. Verder zijn er in 2024 diverse andere regelingen beschikbaar die een investering in de kennis en vaardigheden van medewerkers mogelijk maken, zoals de KIPZ (ruim 227 miljoen), het stagefonds (122 miljoen) en het IOW (50 miljoen).

Vanaf 2025 worden de verschillende regelingen geïntegreerd tot één financieel instrumentarium TAZ, die de transitie naar anders werken in

zorg en welzijn nog beter ondersteunt. Hierbij staat het versterken van de arbeidsproductiviteit en behoud van medewerkers centraal. De focus van het instrumentarium is breed en een belangrijke focus ligt op het strategisch opleiden van medewerkers in zorg en welzijn. In totaal gaat het in 2025 om 600 miljoen euro.

Tot slot zijn ook in het IZA afspraken gemaakt om meer ruimte te kunnen creëren voor het toepassen en opschalen van innovatieve werkvormen. Zorgaanbieders en andere partijen kunnen transformatieplannen indienen die aan deze transitie bijdragen. Bij de beoordeling wordt onder meer gekeken of de plannen een substantiële impact hebben op het behouden, ontzorgen en optimaal inzetten van personeel. Het totaalbedrag van de IZA transformatiemiddelen bedraagt 2,8 miljard.

Vraag 283:

Welke budgetten zijn er in de begroting opgenomen voor het terugdringen van de administratielast voor zorgprofessionals? Is dat voldoende om komend jaar de administratielast voor zorgprofessionals te halveren?

Antwoord:

Het reguliere programmabudget vanaf 2014 is € 2,4 miljoen per jaar. Daarnaast is er in 2024 incidenteel € 3,7 miljoen beschikbaar ten behoeve van het realiseren van de doelstelling voor het harmoniseren van inkoop- en verantwoordingseisen in de Zorgverzekeringswet.

De ervaring leert dat regeldruk een veelkoppig monster is, waardoor het de afgelopen jaren lastig is gebleken om de ervaren regeldruk substantieel en merkbaar te verlagen. Daarnaast is het heel lastig om de effecten van maatregelen om regeldruk te verminderen te meten en monitoren. Daarom focust de Minister voor LZS zich op merkbaar minder regeldruk voor zorgverleners, want het gaat er uiteindelijk om dat zorgverleners het verschil merken. Hier is niet alleen geld voor nodig, maar vooral een paradigmaverschuiving naar meer vertrouwen in de zorgprofessionals en minder incidentenpolitiek zoals beschreven in het recente RVS advies «Is dit wel verantwoord?», dat op verzoek van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport is geschreven. De RVS schetst in haar advies een ambitieus tijdpad van vijf jaar om de regeldruk te halveren. Komend jaar de administratielast te halveren is niet realistisch. De doelstelling is om komend jaar een substantiële stap in het verminderen van de ervaren regeldruk te zetten. Het Ministerie van VWS gaat dit doen middels intensiveringen van het huidige programma [Ont]Regel de Zorg, zo zal er een regiegroep starten onder het BO IZA, starten er twee speciaal gezanten als aanjagers en komt er komend jaar een focus van de aanpak op de brede eerstelijnszorg. De daartoe uitgetrokken financiële middelen zijn daarvoor toereikend.

Vraag 284:

Hoe gaat u ervoor zorgen dat er een landelijke data-infrastructuur komt die voor zorgverleners voelt als één elektronisch patiëntendossier? Welke investeringen zijn er in de begroting opgenomen om dat te faciliteren?

Antwoord:

Het doel is om vanaf 2025 landelijke gegevensuitwisseling te realiseren voor geprioriteerde uitwisseling. Dit is afgesproken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en vastgelegd in de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz). Om dit te bereiken is het van belang de hegemonie van sector- en leverancier specifieke oplossingen en afspraken te doorbreken. Het ministerie werkt aan het creëren en verbinden van infrastructuren en de ontwikkeling van generieke functies die ingezet kunnen worden in de uitwisseling. Daarnaast zet het ministerie in op de standaardisatie van taal en techniek, waarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande afspraken, standaarden en/of voorziening.

Indien nodig benoemt het ministerie publieke voorzieningen, zoals toestemmingsvoorziening Mitz. In januari ontvangt uw Kamer een nadere brief over een landelijk dekkend netwerk van infrastructuur.

Om tot een landelijk dekkend netwerk te komen zijn investeringen nodig op het gebied van eenheid van taal, generieke functies en infrastructuur. Voor de jaren 2024 tot en met 2028 is reeds € 342,6 miljoen vanuit de aanvullende post beschikbaar gesteld op de VWS begroting voor de standaardisatie van landelijke gegevensuitwisseling voor deze jaren. Op de aanvullende post resteert nog 992,3 miljoen voor de jaren 2024 tot en met 2028 voor gegevensuitwisseling. Deze middelen zijn noodzakelijk om de gegevensuitwisseling bijvoorbeeld in de vorm van standaardisatie door NEN-normen en landelijke afsprakenstelsels te implementeren en te gebruiken en de randvoorwaarden hiervoor te realiseren. Bijvoorbeeld door implementatie van generieke (publieke) voorzieningen en het realiseren van een landelijke dekkend netwerk door onder andere het verbinden van zorginfrastructuur.

Tegenover deze investering in standaardisatie van de gegevensuitwisseling staat in 2027 een besparing van € 113 miljoen oplopend tot € 340 miljoen en structureel vanaf 2029 inboekt op nominaal en onverdeeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) die nog specifiek naar de sectoren van de Zvw moet worden verdeeld.

Vraag 285:

Hoeveel budget is er beschikbaar voor het terugdringen van de wachttijden in de ggz? Hoeveel weken verwacht u daarmee komend jaar de gemiddelde wachttijden in de basis ggz en de gespecialiseerde ggz terug te kunnen dringen?

Antwoord:

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn met onder andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars specifieke afspraken gemaakt over een betere toegankelijkheid van de ggz. Om de ambities uit het IZA te realiseren is in totaal € 2,8 miljard beschikbaar gesteld in de vorm van transformatiemiddelen, waarvan € 160 miljoen geoormerkt beschikbaar voor de ggz. Binnen het macrokader is daarbij specifiek voor de ggz € 60 miljoen extra beschikbaar gesteld om de wachtlijsten in de ggz te verminderen; dit is vastgelegd in het IZA (p.108). Daarnaast is er in de periode 2022–2025 € 4,4 miljoen beschikbaar via de subsidie «versnellers», waarmee regio's die ondersteuning nodig hebben in hun wachttijdenaanpak een beroep kunnen doen op een onafhankelijke versneller.

Zoals de Minister voor LZS in haar brief van dd. 13 april 2023 over geestelijke gezondheidszorg (Kamerstuk 25 424, nr. 649) heeft aangegeven vraagt het vergroten van de toegankelijkheid om een brede aanpak binnen en buiten de ggz. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is een onderdeel van deze brede aanpak samen met het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het programma Mentaal welzijn van ons allemaal en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ). Hierbij is ook aangegeven dat het toegankelijker maken van de ggz een maximale inspanning en een lange adem vergt van allerhande betrokken partijen (van onderwijsinstelling tot huisarts en van gemeente tot ggz-aanbieder), daarom is het niet mogelijk om een concreet tijdpad te koppelen aan het effect van de (budgettaire) inzet op de gemiddelde wachttijden.

Vraag 286:

Hoe wordt voorkomen dat het herinvoeren van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo 2015 zal leiden tot financiële problemen bij mensen met een beperking?

Antwoord:

Door het inkomens- en vermogensafhankelijke karakter van de eigen bijdrage wordt rekening gehouden met de financiële draagkracht van burgers. Daarnaast hebben gemeenten op dit moment reeds een aantal mogelijkheden om af te wijken van het standaard eigen bijdrage regime (zie art. 3.8, tweede en derde lid van het huidige Uitvoeringsbesluit Wmo 2015). Zo kunnen gemeenten vrijstellingen geven aan cliënten die onvoldoende betalingscapaciteit hebben. Het voornemen is om die afwijkingsmogelijkheden ook in de nieuwe situatie te laten bestaan.

Vraag 287:

Wat is de reden van de verdere onderbesteding van € 22,7 miljoen in de wijkverpleging in de 2e suppletoire begroting 2023? Is de mate waarin gedurende het jaar onderbesteding optreedt nu aan het verminderen en wat betekent dit voor de vooruitzichten voor 2024?

Antwoord:

Het Zorginstituut kan naarmate het uitvoeringsjaar vordert een steeds nauwkeurigere raming maken van de zorguitgaven op basis van de inmiddels ontvangen declaraties en de verwachtingen van zorgverzekeraars over wat er nog ontvangen gaat worden aan declaraties. De derdekwartaalcijfers van de wijkverpleging zijn gebaseerd op circa 67% van de te ontvangen declaraties in 2023, terwijl de tweedekwartaalcijfers waren gebaseerd op circa 42% van de te ontvangen declaraties. In het kader van het Integraal Zorgakkoord wordt hard gewerkt aan de aanpak van de oorzaken van de onderbesteding. Zo hebben de zorgverzekeraars expliciet toegezegd dat zij IZA-conform gaan inkopen om de doelstellingen van het IZA haalbaar te maken. Parallel daaraan wordt met het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging ingezet op de aanpak van de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Daarnaast is inmiddels een verdiepingsonderzoek gestart naar de onderbesteding aan de hand van een cliëntvolgend onderzoek. Hiermee willen we nog beter inzicht krijgen in de oorzaken van de onderbesteding en of weten of aan de zorgvraag naar wijkverpleging wordt voldaan. De resultaten van dit onderzoek verwachten we bij de Mid Term Review (MTR) van het IZA (zomer 2024) te betrekken. Op basis van de MTR kan besloten worden over het eventueel bijsturen (aanscherpen en intensiveren) van de inhoudelijke afspraken.

Vraag 288:

In welke mate zijn de gereserveerde bedragen voor de Wereldgezondheidsorganisatie onderdeel van verplichtende afspraken waar Nederland zich aan heeft te conformeren? Om welke gaat het? Indien dit niet van toepassing is, waarom zijn ze dan opgenomen als uitgave?

Antwoord:

De gereserveerde bedragen voor de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) zijn geen onderdeel van de verplichtende afspraken die voortvloeien uit ons lidmaatschap van deze organisatie. Het gaat hier om twee vrijwillige verplichtingen. Allereerst een structurele jaarlijkse bijdrage van € 3,9 miljoen voor meerjarige samenwerking tussen Nederland en de WHO, in de vorm van een partnerschapsprogramma.

Daarnaast wordt tot en met 2025 een jaarlijkse bijdrage van € 1,5 miljoen verstrekt aan het Multi-Partner Trust Fund, ter bestrijding van Antimicrobiële Resistentie (AMR). Met deze bijdrage wordt de ontwikkeling van nationale AMR-bestrijdingsplannen met name in lagere- en middeninkomenslanden, gestimuleerd.

Vraag 289:

Kunt u inzichtelijk maken op welke specifieke subsidieregelingen wordt bezuinigd, naast de bezuiniging op de bijdrage aan medeoverheden door de afbouw van coronataken vanuit de GGD?

Antwoord:

Er wordt hier vanuit gegaan dat hier bedoeld wordt op het ziektepreventiebudget van artikel 1 in de ontwerpbegroting. Het lagere budget voor ziektepreventie vanaf 2025 komt voor een belangrijk deel omdat covid-uitgaven tot nu toe grotendeels incidenteel zijn toegekend. Voor 2024 zijn hiervoor middelen in de begroting opgenomen, over benodigde middelen voor 2025 en verder zal de besluitvorming naar verwachting plaatsvinden in het voorjaar 2024.

De belangrijkste posten voor het lagere budget in 2025 zijn:

- Een afname van € 120 miljoen aan bijdragen voor mede-overheden ten behoeve van de covid-werkzaamheden van GGD'en.
- Een afname van circa € 63 miljoen aan subsidies voor de landelijk coördinerende werkzaamheden van de GGD GHOR m.b.t. covid.
- Een afname van het budget voor het RIVM van circa € 40 miljoen voor het covid-vaccinatieprogramma en Programma-19.
- Een afname van het opdrachtenbudget van circa € 80 miljoen in 2025.

Vraag 290:

Welke middelen heeft u gereserveerd voor het bevorderen van de mentale gezondheid naast € 3,5 miljoen aan subsidies voor mentale gezondheid en € 1,1 miljoen aan subsidies voor de aanpak «Mentale gezondheid van ons allemaal»?

Antwoord:

Voor de mentale gezondheid is voor het jaar 2024 € 11,5 miljoen beschikbaar. De in de vraag genoemde middelen (€ 1,1 miljoen en € 3,5 miljoen) maken hier onderdeel van uit. De overige middelen (€ 6,9 miljoen) zijn beschikbaar voor gemeenten en maken onderdeel uit van het financiële arrangement bij het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Vraag 291:

Wat is de kwantitatieve impact van ziekteverzuim op de wachtlijsten?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over cijfers over de kosten van het ziekteverzuim en de kwantitatieve impact van het verzuim op de wachtlijsten.

Vraag 292:

Op welke manier wordt er geld ingezet om meer opleidingsplekken te creëren en te bekostigen voor voldoende artsen?

Antwoord:

Zoals beschreven in de Kabinetsreactie op het Capaciteitsplan 2024–2027 van 13 juni jl., Kamerstukken II, 2022/23, 29 282, nr. 521 zet het Ministerie van VWS zich in om voldoende opleidingsplekken beschikbaar te stellen. De adviezen van het Capaciteitsorgaan worden daarbij zoveel mogelijk opgevolgd, mits dat financieel inpasbaar is en haalbaar voor de sector (voldoende belangstelling en/of toereikende opleidingscapaciteit). In de Kabinetsreactie van 13 juni jl. is per groep opleidingen beschreven hoe om wordt gegaan met de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan.

Vraag 293:

Kunt u aangeven hoe lokale initiatieven die aansluiten op het versterken van de sociale basis een borging krijgen voor de lange termijn als gemeenten steeds meer financiële drempels ervaren en moeten bezuinigen? Hoe krijgt de sociale basis borging in verschillende akkoorden, zoals het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en IZA?

Antwoord:

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft met de regeling specifieke uitkering sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis 2023–2026 (hierna: brede SPUK) tot en met 2026 middelen beschikbaar gesteld voor de aanpak sociale basis. Van 2023 tot en met 2025 is hiervoor jaarlijks ongeveer 36 miljoen beschikbaar, in 2026 is dat 26,9 miljoen. In het Gezond en Actief Leven Akkoord (hierna GALA) is de afspraak gemaakt dat gemeenten plannen maken voor het versterken van de sociale basis. Gemeenten hebben de ruimte om brede plannen te maken voor verschillende doelgroepen (waaronder ouderen). Deze plannen zijn onderdeel van de aanvraag voor de brede SPUK. Hiervoor hebben alle gemeenten reeds een aanvraag ingediend. Op dit moment is op landelijk niveau nog geen informatie over drempels die gemeenten ervaren, dit zal bijvoorbeeld blijken uit de tussentijdse evaluatie van het GALA. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan afspraken die in het IZA, GALA en WOZO zijn gemaakt. Het is aan een volgend kabinet om de afweging te maken om de beweging voor de lange termijn te ondersteunen.

Vraag 294:

Op welke manier is de meevaller van € 1 miljard uit de voorjaarsnota 2023 ingezet om de generale problematiek in de zorg te verzachten?

Antwoord:

In de vraag wordt verwezen naar de Voorjaarsnota 2023. Er is in de Voorjaarsnota geen meevaller van € 1 miljard verwerkt op de zorg. Het Ministerie van VWS gaat er in de beantwoording van uit dat de verwijzing in de vraag over de meevaller (€ 986 miljoen) in de Ontwerpbegroting 2024 gaat.

De Zvw-uitgaven zijn op basis van de uitvoeringscijfers over 2023 geactualiseerd. Op deze manier worden de ramingen in de VWS-begroting voor de sectoren binnen de Zvw aangepast aan de verwachte uitgaven die verzekeraars aan het Zorginstituut hebben doorgegeven. In de Ontwerpbegroting 2024 is bij de actualisering een meevaller geboekt van € 986 miljoen. Deze meevaller is ingezet om tegenvallers in de Wlz te dekken. De daarna resterende meevaller is deels ingezet voor lastenverlichting in de Zvw (€ 24 miljoen structureel) en andere tegenvallers op de Rijksbegroting.

Vraag 295:

Wat is uw verklaring dat uit de najaarsnota 2023 weer een majeure meevaller van € 2 miljard laat zien? Klopt het dat daarmee de meevallers over de jaren 2012–2023 optellen tot bijna € 16 miljard?

Antwoord:

De gemelde onderschrijding van het Uitgavenplafond zorg (UPZ) van € 2 miljard in de 2^e supplettoire wet en de Najaarsnota resulteert uit bijstellingen in een aantal budgettaire nota's. Een uitsplitsing staat in tabel 1.

Tabel 1 Kadertoetsing 2023 (Bedragen x € 1 miljard)¹

	2023
Onderschrijding bij Voorjaarsnota 2022	0
Actualisatie Zvw uitgaven	- 0,1
Actualisatie Wlz-uitgaven	+ 0,1
Aanpassen basis IZA	- 0,2
Kasschuiven	- 0,3
Onderschrijding Begroting 2023	- 0,5
Actualisatie Zvw	+ 0,1
Kasschuiven	- 0,2
Onderschrijding Voorjaarsnota 2023	- 0,6
Actualisatie Zvw	- 1,0
Actualisatie Wlz	+ 0,1
Kasschuiven	- 0,2
Onderschrijding Begroting 2024	- 1,8
Actualisatie Zvw	- 0,2
Onderschrijding bij 2^e suppletoire wet /Najaarsnota 2023	- 2,0

¹ In deze tabel is geen rekening gehouden met de opwaartse bijstelling bij de Zvw-uitgaven die gemeld is in de antwoorden op de vragen over de 2^e suppletoire wet.

Geconcludeerd kan worden dat de onderschrijding vooral samenhangt met meevallers in de Zvw (van € 1,2 miljard) en met kasschuiven van 2023 naar latere jaren (€ 0,7 miljard).

Als de onderschrijdingen van de jaren 2012 tot en met 2023 worden opgeteld dan leidt dat tot € 14,7 miljard. Door het optellen van de bedragen ontstaat echter een onzuiver beeld. Zo wordt een flink deel van de onderschrijding 2023 gevormd door de meevaller bij de wijkverpleging. Die meevaller betreft voor het grootste deel de doorwerking van de meevaller 2022.

Vraag 296:

Klopt het dat de zorgkosten veel minder hard stijgen dan geraamd? Waarom zit er zo'n fors verschil tussen de ramingen en de daadwerkelijke zorguitgaven?

Antwoord:

De zorgkosten stegen het afgelopen jaar inderdaad minder hard dan vooraf geraamd. Het Uitgavenplafond Zorg (UPZ) wordt aan het begin van een nieuw kabinet voor de kabinetsperiode vastgesteld. Het UPZ is gebaseerd op een zo goed mogelijke raming van de zorguitgaven van zorgkantoren en zorgverzekeraars. Hiervoor wordt o.a. gebruik gemaakt van de onafhankelijke (zorg)ramingen van het CPB, net zoals bij een aantal andere sectoren van de Rijksoverheid. In de CPB-raming worden de onderschrijdingen van de afgelopen jaren meegenomen. Gedurende de kabinetsjaren kunnen er echter ontwikkelingen bij de zorguitgaven van zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn, waardoor de daadwerkelijke zorguitgaven afwijken van de raming. Dit gebeurt in de voorjaarsnota, ontwerp-begroting, najaarsnota en jaarverslag. Dit is hetzelfde proces als de uitgaven bij andere sectoren binnen de Rijksoverheid. Hierdoor kunnen onder- of overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg ontstaan.

Vraag 297:

Was er in de 25 jaar tot 2010 sprake van overschrijdingen? Hoe verklaart u het verschil van 25 jaren van te krap ramen met tien jaren van veel te ruim ramen?

Antwoord:

Sinds de invoering van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) in 1995, in 2018 overgegaan in het Uitgavenplafond Zorg (UPZ), kan het Ministerie van VWS aangeven dat de gemiddelde overschrijding over de periode 1995 tot en met 2009 € 1,3 miljard was. Over laatste tien jaren (periode 2015–2024) is de gemiddelde onderschrijding € 1,5 miljard.

De over- en onderschrijdingen zijn de optelsom van de over- en onderschrijdingen van de voorjaarsnota, ontwerpbegroting, najaarsnota en het jaarverslag. Er was ook niet in alle jaren sprake van een grote onderschrijding. In een aantal jaren was er sprake van een onderschrijding kleiner dan € 0,5 miljard en in een jaar was er een overschrijding. Het UPZ wordt aan het begin van een nieuw kabinet voor de kabinetsperiode vastgesteld¹. Het UPZ is gebaseerd op een zo goed mogelijke raming van de zorguitgaven van zorgkantoren en zorgverzekeraars. Hiervoor wordt o.a. gebruik gemaakt van de onafhankelijke (zorg)ramingen van het CPB, net zoals bij andere sectoren van de Rijksoverheid. In de CPB-raming worden de onderschrijdingen van de afgelopen jaren meegenomen.

Gedurende de kabinetsjaren kunnen er echter ontwikkelingen bij de zorguitgaven van zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn, waardoor de daadwerkelijke zorguitgaven afwijken van de raming. Dit gebeurt in de voorjaarsnota, ontwerpbegroting, najaarsnota en jaarverslag. Dit is hetzelfde proces als de uitgaven bij andere sectoren binnen de Rijksoverheid. Hierdoor kunnen onder- of overschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg ontstaan.

Omdat het plafond ongewijzigd blijft (afgezien van bijstellingen op grond van lonen en prijzen en verschuivingen) werkt een onderschrijding in het eerste jaar van een kabinetsperiode door naar de latere jaren. Als zich de groei in het eerste jaar € 2 miljard te hoog is geraamd en de groei in het tweede jaar € 1,5 miljard te laag, dan resulteert er in jaar twee nog steeds een onderschrijding van € 0,5 miljard. Bij het volgende kabinet zal op basis van de meest actuele inzichten weer een nieuw UPZ worden vastgesteld.

Vraag 298:

Deelt u de mening dat het wenselijk is zo precies mogelijk te ramen waarbij er het ene jaar een kleine overschrijding is en het andere jaar een kleine meevaller? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Ja. Realistisch ramen is dan ook het uitgangspunt voor de VWS-begroting. Gedurende het uitvoeringsjaar wordt de begroting meermaals bijgesteld (de suppletoire begrotingen) om de ramingen te actualiseren.

Vraag 299:

Waarom is het preventiebeleid niet gezonde keuzes goedkoper te maken in plaats van ongezonde keuzes duurder?

Antwoord:

Zowel ongezond eten meer belasten als gezond eten minder belasten, kan invloed hebben op ons eetgedrag en op die manier een bijdrage leveren aan preventiebeleid. Het nu nog zittende kabinet heeft laten onderzoeken hoe de btw op groente en fruit naar 0% kan worden verlaagd. Een besluit hierover is nog niet genomen, dat is aan het volgende kabinet.

Vraag 300:

Kunt u inzicht geven in hoeveel procent van de VWS-begroting gereserveerd is voor preventiemaatregelen, gezien de ambitie de zorgvraag af te remmen door in te zetten op stevig preventiebeleid?

Antwoord:

Preventie is veelomvattend en er bestaat niet één preventiebudget op de VWS begroting. Onder artikel 1 Volksgezondheid is € 2,3 miljard gereserveerd, voor gezondheidsbeleid, ziektepreventie, gezondheidsbevordering en ethiek. Daar zitten ook de kosten in verwerkt van pandemische paraatheid en infectieziektebestrijding, vaccinaties en bevolkingsonderzoeken. Artikel 1 Volksgezondheid bedraagt ca. 6,5% van de totale begrotingsgefinancierde middelen op de VWS begroting. Hier zijn andere medische interventies vanuit de premiegefinancierde uitgaven Zvw en Wlz niet in meegenomen.

Vraag 301:

Kan een overzicht gegeven worden van de investeringen gekoppeld aan doelen die in 2023 zijn gedaan en de komende jaren worden gedaan in het kader van het WOZO, het IZA, het GALA en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ)?

Antwoord:

WOZO: via verschillende financieringsstromen, waaronder subsidies aan zorgaanbieders, financiering via zorgkantoren en financiering richting gemeenten worden partijen gestimuleerd een omslag te maken in de organisatie van ondersteuning en zorg voor ouderen. Over de periode 2022 t/m 2026 bedraagt het totale WOZO-budget € 1,5 miljard.
IZA: via zorgverzekeraars wordt over de periode 2023 t/m 2027 in totaal € 2,4 miljard geïnvesteerd in de transformatieplannen die bijdragen aan de IZA-doelen. Transformatieplannen moeten voldoen aan het beoordelingskader impactvolle transformaties. Zoals ook is afgesproken in het IZA, wordt een beperkt deel van de transformatiemiddelen (vooralsnog ca. € 400 miljoen) via de VWS-begroting besteed ten behoeve van de financiering van de bestuurlijke afspraken uit het IZA en de landelijke maatregelen uit het IZA die worden ingezet om de juiste randvoorwaarden te creëren zodat impactvolle transformaties kunnen plaatsvinden.
GALA: via een specifieke uitkering aan gemeenten wordt ten behoeve van de doelen van GALA, waaronder een gezonde leefstijl, het terugdringen van gezondheidsachterstanden en het versterken van de mentale weerbaarheid en gezondheid, over de periode 2023 t/m 2026 € 196 miljoen per jaar verstrekt. Hiervan is € 98 miljoen structureel.
TAZ: via een nieuw instrumentarium gericht op regionale samenwerking, sociale en technologische innovatie en strategisch opleiden wordt vanaf 2024 een bedrag van € 480 miljoen structureel geïnvesteerd. Daarnaast is vanuit het vorige coalitieakkoord een bedrag van in totaal € 150 miljoen beschikbaar voor de jaren 2023 t/m 2026 in het kader van het stimuleren van meer en vernieuwend opleiden ten behoeve van de zorg in de Wijkverpleging (het IOW).

Vraag 302:

Kunt u aangeven hoe programmatisch aangeboden vaccinaties onderdeel uitmaken van Passende Zorg («Een gezonde samenleving staat centraal, met focus op het voorkomen van vraag naar zorg»)?

Antwoord:

Bij Passende Zorg ligt de nadruk op gezondheid, zoals ook in de vraag is aangegeven. Het programmatisch aanbieden van vaccinaties, en daardoor het (langer) gezond houden van mensen en de zorgvraag voorkomen, past daarom goed bij dit principe van passende zorg.

Vraag 303:

Kunt u aangeven hoe de samenwerking van de brede eerste lijn in verbinding met andere domeinen uiteindelijk doorwerkt in het sociaal

domein en de betrokkenheid van de gemeenten? Hoe is dit te verenigen met de grote tekorten bij gemeenten?

Antwoord:

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft, afspraken gemaakt en ambities vastgelegd in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Bij de uitwerking en uitvoering van beide akkoorden hebben gemeenten een belangrijke en centrale rol gelet op de ambitie om de beweging van zorg naar gezondheid te maken. Met gemeenten zijn afspraken gemaakt over het intensiveren van de inzet op verschillende terreinen zoals de samenwerking met de wijkverpleging, inloopvoorzieningen, de sociale basis, eenzaamheid en welzijn op recept. Hiervoor zijn extra financiële middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten via de brede specifieke uitkering en de specifieke uitkering IZA bovenop de reguliere geldstromen die gemeenten ontvangen voor de uitvoering van o.a. de Wmo2015, de Jeugdwet en de Wpg. Ten aanzien van de vermeende tekorten bij gemeenten verwijzen wij u naar de Kamerbrief «Integraal Overzicht Financiën Gemeenten en Provincies» die de Minister van Binnenlandse Zaken op 16 oktober 2023 met uw Kamer heeft gedeeld (Kamerstukken II, 36 410 B, nr. 8).

Vraag 304:

Hoeveel woningen voor ouderen zijn er het afgelopen jaar bijgebouwd, denk aan nultredenwoningen, verpleeghuisplekken, verpleegzorgplekken, woningen in geclusterde setting, etc.?

Antwoord:

Momenteel wordt uitgewerkt hoe woningbouw voor ouderen (per typologie nultredenwoningen, geclusterde woningen, zorggeschikte woningen) meegenomen kan worden in de landelijke monitor voortgang woningbouw.

Voor het aantal afgegeven bouwvergunningen geldt dat deze niet uitgesplitst per typologie worden bijgehouden. Het meest actuele overzicht van het aantal afgegeven bouwvergunningen vindt u op datawonen.nl.

Het aantal verpleeghuisplekken is toegenomen van 124.500 (ultimo 2020) naar 125.300 (ultimo 2022).

Vraag 305:

Hoe groot is de bouwopgave voor ouderen?

Antwoord:

De bouwopgave voor ouderen is 290.000 woningen. Dit bestaat uit 170.000 nultredenwoningen, 80.000 geclusterde woningen en 40.000 zorggeschikte woningen.

Vraag 306:

Kunt u aangeven op welke manier u het afremmen van medicalisering en gepast medicijngebruik vorm gaat geven?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS vindt het belangrijk dat zorgverleners voldoende ruimte hebben om patiënten goed te kunnen begeleiden, bijvoorbeeld bij gepast medicijngebruik. Het ministerie is daarom in gesprek met het veld over het verlenen van goede farmaceutische zorg, waar gepast medicijngebruik onderdeel van uitmaakt.

Het afremmen van medicalisering is een brede opgave, waar het Ministerie van VWS samen met het veld aan werkt, zoals afgesproken in de verschillende akkoorden.

Vraag 307:

Wanneer worden de resultaten verwacht over de beantwoording van de vraag over de impact op Wmo-ondersteuning op de middellange tot lange termijn naar aanleiding van de vergrijzing, ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, het langer thuiswonen en de digitalisering van zorg en ondersteuning?

Antwoord:

De Minister voor LZS gaat er in de beantwoording van de vraag vanuit dat u doelt op het houdbaarheidsonderzoek Wmo 2015. De (voorlopige) planning is erop gericht om het onderzoek eind 2024 af te ronden.

Vraag 308:

Wat is hiervan de status van het «opzetten van een monitoringsdashboard voor en door gemeenten en het versterken van de kwantitatieve monitoring» in het kader van de aanpak van dakloosheid? Wanneer worden volgende stappen hierin verwacht?

Antwoord:

Het dashboard over de voortgang van het Nationaal Actieplan Dakloosheid is in een Bestuurlijk Overleg tussen Rijk en gemeenten vastgesteld op 26 september jl. De regioadviseurs van het Platform Sociaal Domein van de VNG gaan op dit moment het land door om de benodigde informatie bij gemeenten op te halen om het dashboard te vullen. Dit dashboard dient als middel om zicht te krijgen op de beoogde transformatie uit het Nationaal Actieplan, de beweging naar betere preventie van dakloosheid, Wonen Eerst en om- en afbouw van de opvang. Daarnaast wordt in beeld gebracht welke regio's een vastgesteld regioplan hebben, en de mate van inzet van ervaringskennis in beleid en uitvoering. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verwacht van alle centrumgemeenten dat zij in 2024 hun plannen in lijn hebben gebracht met het Nationaal Actieplan. Het dashboard is dus gericht op het volgen de beoogde transformatie door middel van het ophalen van de beleidsmatige transformatie. Daarnaast wil de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beter inzicht in het aantal dakloze mensen in Nederland. Dat wordt op twee manieren gedaan. Zie daarvoor antwoord op vraag 102.

Vraag 309:

Hoe groot zijn de tekorten in de zorgsector? Kunt u dit per discipline specificeren?

Antwoord:

Er zijn geen cijfers beschikbaar over de actuele tekorten in de zorgsector. Wel zijn er cijfers beschikbaar op basis van de laatste prognose van najaar 2023. In 2024 is het verwachte tekort in zorg en welzijn 50.200 medewerkers.

In onderstaande tabel is weergegeven wat het verwachte tekort in 2024 per discipline / beroepsgroep is. Het gaat hier om tekorten aan werknemers die werken bij een organisatie in de sector Zorg en Welzijn.

Verwachte tekorten 2024 per discipline

	Aantallen
Zorghulp (niveau 1)	100
Helpende zorg & welzijn (niveau 2)	1.300
Verzorgende (niveau 3)	10.400
Verpleegkundige (niveau 4)	6.400
Pedagogisch werker (niveau 3)	1.100
Pedagogisch werker (niveau 4)	900
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 3)	900
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 4)	1.100
Sociaal werk (niveau 4)	400
Doktersassistent (niveau 4)	500
Verlos- en verpleegkunde (niveau 6)	2.300
Pedagogiek (niveau 6)	800
Pedagogiek (niveau 7)	400
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau 6)	3.000
Maatschappelijke hulp en dienstverlening (niveau 7)	500
Psychologie (niveau 6 & 7)	200
Medisch specialisten	300
Medisch ondersteunend personeel	1.200
Huisartsen en ondersteuners	600
GGZ beroepen Capaciteitsorgaan	4.900
Mondzorg	100
Sociaal geneeskundige	1.700
Gespecialiseerd verpleegkundige	2.300
Specialist ouderengeneeskunde, AVG en ondersteuners	600
Overige beroepen	8.200

Bron: ABF Research, Prognosemodel Zorg en Welzijn

Vraag 310:

Hoe groot is de deeltijdfactor in de zorg Kunt u dit per sector specificeren?

Antwoord:

De totale deeltijdfactor in de zorg is 0,68. Per branche is dit:

Cijfers tweede kwartaal 2023

Branche	Deeltijdfactor
Zorg en welzijn (smal)	0,68
Universitair medische centra	0,8
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	0,74
Geestelijke gezondheidszorg	0,77
Huisartsen en gezondheidscentra	0,6
Overige zorg en welzijn	0,69
Verpleging, verzorging en thuiszorg	0,6
Gehandicaptenzorg	0,69
Jeugdzorg	0,78
Sociaal werk	0,74

Bron: AZW Statline

Vraag 311:

Hoe hoog is het ziekteverzuim in de zorg? Kunt u dit per discipline specificeren?

Antwoord:

Het ziekteverzuim in zorg en welzijn in het derde kwartaal van 2023 is 6,7%. Over de verzuimcijfers per discipline / beroepsgroep heeft het Ministerie van VWS geen gegevens.

Vraag 312:

Hoe hoog was de uitstroom van personeel per sector?

Antwoord:

In onderstaande tabel is voor de sector Zorg en Welzijn als totaal en per branche weergegeven wat de uitstroom uit de zorg is gemeten in de periode tussen het einde van het tweede kwartaal 2023 en het einde van het tweede kwartaal 2022. Daarnaast is weergegeven wat de procentuele uitstroom was in die periode (het aandeel werknemers dat in die periode is uitgestroomd).

	Uitstroom in aantallen personen	Uitstroom in %
Zorg en welzijn (totaal)	142.390	11%
Universitair medische centra	7.770	10%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	17.960	8%
Geestelijke gezondheidszorg	9.780	10%
Huisartsen en gezondheidscentra	3.010	9%
Overige zorg en welzijn	18.740	14%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	52.310	12%
Gehandicaptenzorg	18.690	10%
Jeugdzorg	4.300	13%
Sociaal werk	9.820	17%

Bron: AZW Statline

De uitstroom uit zorg en welzijn ligt lager dan in andere sectoren van de economie. Uit aanvullend onderzoek van het CBS blijkt dat in 2021 de uitstroom uit zorg en welzijn 9% bedroeg, terwijl de uitstroom uit alle economische sectoren gemiddeld 18,3% was. Desondanks wordt gestreefd naar een zo laag mogelijke uitstroom uit de zorg.

Vraag 313:

Hoe groot is het percentage van de Nederlandse bevolking dat op dit moment voldoet aan de beweegrichtlijn? Kan hierbij een uitsplitsing gemaakt worden naar leeftijd?

Antwoord:

In 2022 voldeed 44% van de Nederlandse bevolking van 4 jaar en ouder aan de beweegrichtlijnen. Van de leeftijd 4 t/m 11 jaar voldeed 56,8% aan de beweegrichtlijnen, van de leeftijd 12 t/m 17 jaar voldeed 33%, van de leeftijd 18 t/m 64 jaar voldeed 45,8% en van de leeftijd 65 jaar of ouder voldeed 38,2%. Het percentage van de Nederlandse bevolking dat op dit moment voldoet aan de beweegrichtlijnen is nog niet bekend. De percentages over 2023 zullen in maart 2024 bekend worden vanuit de gegevens van de Gezondheidsenquête en Leefstijlmonitor van het CBS in samenwerking met het RIVM.

Vraag 314:

Kunt u aangeven welke stappen de komende jaren gezet moeten worden om tot een toekomstbestendig vaccinatiestelsel te komen?

Antwoord:

De Staatssecretaris van VWS heeft op 4 juli 2022 zijn beleidsreactie op de verkenning van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) – naar de toekomstbestendigheid van het huidige vaccinatiestelsel – naar uw Kamer verzonden (Kamerstukken II, 2021/22, 32 793, nr. 615). In deze beleidsreactie zijn verschillende maatregelen genoemd gericht op een toekomstbestendig vaccinatiestelsel, zoals het voornemen om een vaccinatievoorziening voor volwassenen bij de GGD'en te organiseren. Afgelopen jaar is daarop een uitvoeringstoets gedaan door het RIVM. Deze is nu in het stadium van afronding.

Vraag 315:

Wat is de reden van de onderbesteding van de stimuleringsregeling wonen en zorg? Heeft de onderuitputting een taakstellend karakter gehad of loopt de regeling stroef?

Antwoord:

Bij de opzet van de regeling is afgesproken dat de middelen voor de planontwikkelfase van de stimuleringsregeling wonen en zorg revolveren zolang de regeling bestaat. In de eerste jaren zullen er naar verwachting relatief nog veel beschikbare middelen worden doorgeschoven naar een volgend jaar. Op termijn zou een evenwicht tussen terugbetalingen aan leningen en nieuwe leningen moeten ontstaan. Ook de middelen voor de bouw- en nafaancieringsfase zijn meerjarig beschikbaar. We zien dat het gebruik op dit moment achter blijft bij de verwachtingen, mede omdat ook sociaal ondernemers en bewonersinitiatieven te maken hebben met de hogere bouwkosten, hogere rente en het moeilijk verkrijgen van een locatie. De stimuleringsregeling wordt op dit moment geëvalueerd. De resultaten van de evaluatie zullen naar verwachting in het eerste kwartaal van 2024 naar de Tweede Kamer worden gestuurd.

Vraag 316:

Hoe verhoudt de onderbesteding op de stimuleringsregeling wonen en zorg zich tot het halen van de doelen uit het WOZO?

Antwoord:

Het doel van het programma Wonen en Zorg voor Ouderen (en actielijn 4 van het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen – WOZO) is dat er 290.000 woningen voor ouderen komen. Dit betreft 170.000 nulredenwoningen, 80.000 geclusterde woningen en 40.000 geclusterde zorggeschikte woningen. Naar verwachting heeft de onderbesteding van de stimuleringsregeling wonen en zorg beperkt effect op het realiseren van de doelen uit het programma WOZO.

Op verschillende manieren wordt gewerkt aan deze doelen: onder meer door regionale afspraken te maken over de opgave, afspraken met corporaties, handreikingen en de stimuleringsregelingen ontmoetingsruimten in ouderenhuisvesting en de stimuleringsregeling zorggeschikte woningen. De stimuleringsregeling wonen en zorg is sinds 2019 gericht op het helpen bij de financiering van woonvormen van sociale ondernemers en bewonersinitiatieven. Bij de regeling wordt conform verwachting gebruik gemaakt van de subsidiemogelijkheid in de initiatiefase: het onderzoeken van de haalbaarheid. Veel minder dan verwacht wordt gebruik gemaakt van de planontwikkelfase en de bouw- en nafaancieringsfase. Verschillende initiatieven regelen de financiering voor de planontwikkeling echter op een alternatieve wijze. De stimuleringsregeling wordt op dit moment geëvalueerd. De resultaten van de evaluatie zullen naar verwachting in het eerste kwartaal van 2024 naar de Tweede Kamer worden gestuurd.

Vraag 317:

Hoe groot is de basiscapaciteit voor de GGD om coronavaccinaties in stand te houden?

Antwoord:

De GGD hanteert vanaf 1 januari 2024 een basiscapaciteit van gemiddeld 1.000 prikken per week voor de coronavaccinaties.

Vraag 318:

Wat is de reden dat er in de begroting € 121 miljoen beschikbaar is voor het in stand houden van een basiscapaciteit voor coronavaccinaties, maar er geen budget beschikbaar wordt gesteld voor een eventuele vaccinatie-

ronde voor risicogroepen? Is er hierdoor kans dat u weer beroep moet doen op artikel 2.27, eerste lid van de Comptabiliteitswet 2016?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft nog geen besluit genomen over een eventuele vaccinatieronde in 2024. Als besloten wordt om een vaccinatieronde te organiseren, zijn hiervoor mogelijk aanvullende middelen benodigd. Naar verwachting zal dit dan geëffectueerd kunnen worden via de reguliere begrotingssystematiek en hoeft geen beroep te worden gedaan op artikel 2.27 van de Comptabiliteitswet 2016.

Vraag 319:

Waarom komt het overzicht van belangrijkste mutaties uit de brief van de Minister van VWS van 19 september 2023 niet overeen met de tabel belangrijkste mutaties in de VWS-begroting (tabel 3)? Kunt u de verschillen toelichten?

Antwoord:

In de onderstaande tabel treft u een uitsplitsing per artikel op de VWS-begroting 2024 aan met het percentage juridisch verplicht, bestuurlijk gebonden, beleidsmatig gereserveerd en nog niet ingevuld/vrij te besteden:

	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3	Artikel 4	Artikel 5	Artikel 6	Artikel 7	Artikel 8
Totale verplichtingen	1.747.124	4.083.167	18.615.590	1.402.836	162.286	414.147	198.828	6.952.649
Totale uitgaven	2.341.726	4.275.287	18.789.780	1.448.818	192.669	439.557	201.139	6.952.649
<i>juridisch verplicht</i>	78%	96,3%	98,17%	90,0%	45,5%	94,2%	98,6%	100,0%
<i>bestuurlijk gebonden</i>	3%	3%	0,84%	9,0%	47,8%	1,2%	1,0%	0%
<i>beleidsmatig gereserveerd</i>	19%	0,5%	0,98%	1,0%	6,7%	3,8%	0,4%	0%
<i>nog niet ingevuld/vrij te besteden</i>	0%	0,0%	0,01%	0,0%	0%	0,8%	0%	0%

Juridisch verplicht

Dit betreft het percentage van het artikel dat juridisch verplicht is. Van de juridisch verplichte uitgaven is in zijn algemeenheid sprake bij een juridische afdwingbaarheid op grond van verdrag, wet, koninklijk besluit, ministeriële regeling, beschikking, verbintenis of een vastgelegde afspraak tussen dienstonderdelen e.d.

Juridisch niet verplicht

Bestaat uit (1) het percentage dat bestuurlijk is gebonden/verbonden op grond van bestuursovereenkomsten, convenanten met koepels en/of decentrale overheden, politieke toezeggingen en dergelijke, (2) het percentage dat beleidsmatig is gereserveerd en (3) het percentage dat nog niet ingevuld dan wel vrij te besteden is.

Vraag 320:

Hoeveel budget is er in 2024 extra uitgetrokken in het kader van COVID-19 over de gehele VWS-begroting?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de budgetten voor Covid-19 uitgesplitst naar maatregel zoals beschikbaar in de ontwerp-begroting van VWS voor 2024. Daarnaast is aanvullend voor de aanschaf van vaccins in 2024 € 52 miljoen beschikbaar, deze is eerder verplicht en derhalve niet meer in dit overzicht opgenomen.

Tabel: Totaal Covid-19 gerelateerde maatregelen van het Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport (bedragen x € 1.000)

Art.	Omschrijving maatregel	2024
1	1) Uitvoeringskosten GGD voor vaccineren	180.647
1	2) Aanschaf zelftesten	34.700
1	3) RIVM Covid vaccinaties	28.977
1	4) Uitvoeringskosten GGD	27.000
1	5) RIVM Programma 19 onderzoek	13.000
2	6) Post-covid onderzoek	8.500
1	7) Monitoring en surveillance door RIVM	8.000
1	8) Selectie en vaccineren risicogroepen	4.000
1	9) Effectiviteit van maatregelen ZonMw	4.000
1	10) Stimuleren begrip samenleving over ontwikkeling virus	3.500
1	11) Strategisch onderzoeksprogramma covid 19	3.100
1	12) Afwikkeling SON en DT	2.450
1	13) Effectieve dienstverlening	2.400
1	14) Ventilatie onderzoek	- 2.000
Totaal		318.274

Vraag 321:

Kunt u een actueel en integraal overzicht geven van wat er nu meerjarig geraamd wordt op de VWS-begroting voor specifiek corona-gerelateerde maatregelen en daarnaast voor pandemische paraatheid in het algemeen?

Antwoord:

Het beleidsprogramma Pandemische Paraatheid is opgebouwd langs drie beleidsopgaven: Versterkte publieke gezondheid en infectieziektebestrijding, Zorg: goed voorbereid, flexibel en opschaalbaar en Versterkte leveringszekerheid van medische producten. In de voortgangsbrief Beleidsprogramma Pandemische Paraatheid (Kamerstukken II 2023/24, 25 295 nr. 2147) is uw Kamer geïnformeerd over de meerjarig geraamde kosten. In 2024 worden de uitgaven geraamd op circa € 350 miljoen, vanaf 2027 bedragen de geraamde uitgaven structureel € 300 miljoen.

Maatregel	2023	2024	2025
x € miljoenen	792	430	62
Volksgezondheid, Welzijn en Sport			
Aanschaf en distributie medische beschermingsmiddelen	25	2	2
GGD'en en veiligheidsregio's	593	212	-
IC-capaciteit	-13	-	-
Ondersteuning sportsector	36	-	-
Ondersteuning zorgpersoneel	-	-	-
Onderzoek inzake Covid-19	76	35	2
Testcapaciteit RIVM en GGD	44	79	-
Vaccin ontwikkeling en medicatie	224	81	58
Zorgbonus	-249	-	-
Omscholen personeel voor arbeidsmarkt zorg	-5	-	-
Zorgkosten en bijstand Caribisch Nederland	3	-	-
Overige maatregelen (plafond Rijksbegroting)	58	21	-
Garanties	-	-	-

Vraag 322:

Kunt u de mutaties van € 34,7 miljoen voor aanschaf van zelftesten nader toelichten? Hoeveel testen worden hiermee aangeschaft en voor welke doelgroepen?

Antwoord:

De € 34,7 miljoen is dit voorjaar bij de voorjaarsbesluitvorming gereserveerd voor contractuele verplichtingen met leveranciers voor zelftesten. Het gaat om kosten voor de aanschaf van zelftesten die VWS verplicht was af te nemen uit de raamovereenkomsten afgesloten in 2022. VWS heeft de verplichte afname van zelftesten door middel van vaststellingsovereenkomsten afgekocht met de desbetreffende partijen. Dit heeft VWS gedaan om ervoor te zorgen dat er geen onnodige testen geproduceerd, geleverd, opgeslagen en wellicht uiteindelijk vernietigd hoeven te worden. De middelen die resteren worden gebruikt voor de duurzame verwerking van de nog overgebleven voorraden. Middelen die niet worden ingezet, vloeien terug naar de algemene middelen (staatkas) omdat alle covid-middelen generaal beschikbaar zijn gesteld.

Vraag 323:

Kunt u de € 3,5 miljoen voor het «stimuleren begrip samenleving over ontwikkeling virus» nader toelichten?

Antwoord:

Deze post behelst middelen voor het aanbieden van transparante en toegankelijke informatie over COVID-19, bijvoorbeeld door middel van het Coronadashboard en het beschikbaar houden van de monitoringsinstrumenten die hieraan ten grondslag liggen.

Vraag 324:

Kunt u een overzicht geven van wat er in totaal beschikbaar komt voor de Hervormingsagenda Jeugd en hoe deze bedragen verdeeld gaan worden?

Antwoord:

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de aanvullend beschikbaar gestelde middelen voor de Hervormingsagenda Jeugd (excl. LPO). Op basis van de midterm review begin 2025 wordt een besluit genomen over inzet van de middelen die nog resteren op de Aanvullende Post.

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Aanvullende middelen t.b.v. Hervormingsagenda	1.454	1.454	954			
Waarvan Gemeentefonds	1.445	1.363	859			
Waarvan VWS-begroting	9	91	95			
Resterend op Aanvullende Post				367	300	300

Het grootste deel van deze middelen worden via de Algemene Uitkering van het Gemeentefonds over de gemeenten verdeeld. Daarnaast zal een deel van deze middelen via de begroting van VWS worden gefinancierd. Dit betreft de uitvoeringskosten van de Hervormingsagenda, middelen voor de aanpak wachttijden, middelen voor om- en afbouw residentieel en middelen voor de kwaliteitsagenda. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de verdeling van de middelen die vanuit de VWS-begroting worden besteed ten behoeve van de Hervormingsagenda. Voor de jaren na 2026 is in bijlage 3 van de Hervormingsagenda al wel een overzicht opgenomen, maar omdat deze middelen nog op de Aanvullende Post staan is deze reeks niet opgenomen.

	2023	2024	2025
<i>Uitvoeringskosten Hervormingsagenda</i>	9	9	9
<i>Aanpak wachttijden en standaardisatie uitvoering</i>		5	5
<i>Om- en afbouw residentieel</i>		70	72
<i>Kwaliteitsagenda</i>		7	9
Totaal aan middelen begroting VWS		91	95

Vraag 325:

Hoeveel medewerkers van het Ministerie van VWS houden zich bezig met uitvoering van Wet open overheid (Woo)?

Antwoord:

Binnen VWS worden de reguliere Woo-verzoeken van VWS-Kern afgehandeld door het Woo-cluster van de directie Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ). Hier werken 19 Woo-juristen. Naast de Woo-juristen zijn bij het beantwoorden van reguliere Woo-verzoeken ook 2 coördinatoren, 4 baliemedewerkers, het MT, informatiespecialisten en medewerkers van beleidsdirecties betrokken. WJZ handelt ook de Woo-verzoeken af voor het RIVM, de IGJ, het CIBG en de aCBG. De zelfstandige bestuursorganen die onder de politieke verantwoordelijkheid van VWS vallen, handelen hun eigen Woo-verzoeken af. Binnen VWS richt de programmadirectie Openbaarheid (PDO) zich op de Woo-verzoeken over de coronacrisis. Dit team bestaat uit ruim 95 Woo-juristen. Daarnaast zijn bij Woo-verzoeken over corona 6 coördinatoren, 9 baliemedewerkers en eveneens informatiespecialisten en MT-leden betrokken. In totaal betreft het voor VWS-Kern zodoende 114 Woo-juristen, met daaromheen een schil van 13 ondersteuners, 8 coördinatoren, MT-leden, informatiespecialisten en beleidsmedewerkers.

Vraag 326:

Wat is de verwachting voor het aantal Woo-verzoeken bij het Ministerie van VWS en het aantal fte voor het afhandelen van deze verzoeken?

Antwoord:

Binnen VWS worden de reguliere Woo-verzoeken afgehandeld door het Woo-cluster van de directie Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ). Vanaf januari 2023 tot en met november 2023 zijn er door WJZ 167 reguliere Woo-verzoeken ontvangen. Gemiddeld komen er 4 nieuwe reguliere Woo-verzoeken per week binnen bij WJZ. Vanwege de wisselende omvang en complexiteit van verzoeken is het lastig om harde cijfers te geven over hoeveel FTE er nodig zijn. Duidelijk is wel dat met de huidige 19 juristen, 2 coördinatoren, 4 baliemedewerkers en inzet van informatiespecialisten en beleid, binnen WJZ sprake is van een hoge werkdruk en dat het aantal medewerkers niet voldoende is om de ingediende Woo-verzoeken binnen een redelijke termijn af te handelen. Een Woo-jurist bij WJZ besteedt namelijk niet alleen tijd aan het beoordelen van documenten, maar ook aan afstemming met verzoekers en beleidsdirecties, intern overleg en activiteiten ter ondersteuning van bezwaar en beroep. Daarnaast zijn er achterstanden in de afhandeling die ook capaciteit vergen.

Gemiddeld komen er bij de programmadirectie Openbaarheid (PDO) nog steeds 2 Woo-verzoeken per week over corona binnen. De huidige en verwachte werkvoorraad voor wat betreft de corona Woo-verzoeken is dusdanig groot dat de behandeling met de huidige bezetting veel tijd vraagt. Dit team bestaat uit ruim 95 Woo-juristen. Daarnaast zijn bij Woo-verzoeken over corona 6 coördinatoren, 9 baliemedewerkers en eveneens informatiespecialisten en MT-leden betrokken. PDO heeft akkoord ontvangen om 25 FTE extra aan te trekken. De actuele proble-

matiek van de krappe arbeidsmarkt maakt dit niet gemakkelijk. Daarnaast bekijkt PDO kritisch op welke wijze de huidige werkwijze verder verfijnd kan worden zodat de beoordeling van documenten efficiënter en sneller verloopt. Ook vindt ondersteuning via kunstmatige intelligentie plaats zodat bijvoorbeeld documenten die niets met corona te maken hebben op eenvoudige wijze buiten de inventarisatie van documenten gehouden kunnen worden.

Vraag 327:

Kan met betrekking tot «archiving by design» nader toegelicht worden hoe dat wordt ingericht? Geldt deze werkwijze voor alle ministeries, inclusief alle agentschappen, het RIVM, etc.?

Antwoord:

In 2023 is de Visie op Informatiehuishouding vastgesteld. Deze geldt alleen voor het kerndepartement. «Archiving by design» is hierin opgenomen. Het houdt in dat de vereisten van een goede informatiehuishouding vanaf het begin worden meegenomen in het ontwerp, de planning en implementatie van informatiesystemen.

Vraag 328:

Op hoeveel scholen is er schoolzwemmen?

Antwoord:

In 2021 stelde het Mulier Instituut vast dat één op de vier scholen in het primair onderwijs schoolzwemmen aanbiedt of gebruik maakt van het schoolzwemprogramma van de gemeente.⁴⁴ Omgerekend zou het dan om 1.718 van de 6.607 basisscholen gaan. Dat zijn de meest recente cijfers die beschikbaar zijn.

Vraag 329:

Wat kost schoolzwemmen?

Antwoord:

Op dit moment wordt in opdracht van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport een onderzoek uitgevoerd naar de financiële consequenties en eisen van de invoering van schoolzwemmen. De uitkomsten van dit onderzoek worden verwacht in januari 2024 en – mits tijdig beschikbaar – voorafgaand aan het Wetgevingsoverleg Sport op 12 februari 2024 aan de Kamer toegezonden.

Vraag 330:

Wat zijn de (gemiddelde) kosten van het zwem ABC?

Antwoord:

In de studie van het Mulier Instituut «Zwemles voor kinderen die opgroeien in armoede» beschrijven de onderzoekers dat de kosten voor een A-diploma uiteen kunnen lopen van 300 tot 900 euro. Gegevens over de kosten van B- en C- diploma's worden niet centraal bijgehouden. Stuij, Deltas en Dopheide (2022). Zwemles voor kinderen die opgroeien in armoede. <https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=10843&m=1655299069&action=file.download>

Vraag 331:

Wat is de (gemiddelde) wachttijd voor zwemles?

⁴⁴ Hollander & Slot-Heijs (2021). Schoolzwemmen in het primair onderwijs, factsheet 2021/30. Link: [kennisbanksportenbewegen.nl/?file=10599&m=1639753071&action=file.download](https://www.kennisbanksportenbewegen.nl/?file=10599&m=1639753071&action=file.download)

Antwoord:

Dit verschilt sterk per regio en soms zelfs per locatie. De meest recente inschatting van enkele grotere aanbieders en een quick scan langs een dertigtal gemeenten medio 2023 is dat het gaat om een wachttijd die varieert van 3 tot 15 maanden. Meer dan een inschatting is niet beschikbaar aangezien ons land ongeveer duizend zwemlesaanbieders heeft en de zwemlesbranche geen centraal registratiesysteem voor aanmeldingen hanteert. Ook schrijven ouders hun kinderen door de wachtlijsten vaak in bij meerdere zwemlesaanbieders en betreft het voor een deel kinderen van jonger dan 5 jaar.

Vraag 332:

Hoe groot is het tekort aan zweminstructeurs (fte)?

Antwoord:

Uit gesprekken met de branche lijkt hier om tientallen openstaande vacatures in de zwembranche te gaan.

Vraag 333:

Hoeveel verenigingen/amateurclubs hebben afgelopen jaar een beroep gedaan op financiële regelingen?

Antwoord:

In de voorgaande monitoringsbrieven^{45, 46, 47} heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport uw Kamer geïnformeerd over de uitwerking van het noodfonds voor amateursportverenigingen (SPUK NEAS) en de specifieke uitkering voor de meerkosten energie voor openbare zwembaden (SPUK MEOZ) als reactie op de stijgende energieprijzen. Inmiddels zijn beide specifieke uitkeringen gesloten voor aanvragen. Dit was voor de SPUK MEOZ op 23 juni 2023 en voor de SPUK NEAS op 15 september 2023.

Voor de SPUK NEAS geldt dat er door 963 amateursportverenigingen in 188 gemeenten is aangevraagd. Deze regeling is alleen bedoeld voor amateursportverenigingen die geen gebruik kunnen maken van de TEK-regeling (*Tegemoetkoming Energiekosten*). Voor de SPUK MEOZ geldt dat 280 gemeenten een aanvraag hebben ingediend, waarbij 603 zwembaden gemoeid zijn. Aanvragen van gemeenten worden op dit moment beoordeeld.

Vraag 334:

Hoe groot is het aantal sportclubs/sportverenigingen die financiële problemen hebben?

Antwoord:

Uit het meest recente verdiepende onderzoek van het Mulier Instituut van maart 2023 (peilmoment februari/maart 2023) blijkt dat 4 procent van de responderende verenigingen dusdanige problemen ervaren dat ze op het punt van omvallen staan.⁴⁸ Van de respondenten gaf 16 procent aan de toekomst (erg) somber in te zien, en 12 procent gaf aan onvoldoende veerkrachtig te zijn om de stijgende energielasten op te vangen. De SPUK's voor de amateursportverenigingen en openbare zwembaden werden geopend voor aanvragen in mei 2023, dus na het peilmoment van het onderzoek.

⁴⁵ Kamerstuk 30 234, nr. 333

⁴⁶ Kamerstuk 30 234, nr. 336

⁴⁷ Kamerstuk 30 234, nr. 341

⁴⁸ Gepubliceerd op <https://www.mulierinstituut.nl/publicaties/27342/gevolgen-van-de-energiecrisis-voor-sportverenigingen/>.

Vraag 335:

Hoe vaak wordt een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) aangevraagd voor trainers en vrijwilligers?

Antwoord:

In 2021 hebben 41.254 vrijwilligers (hieronder vallen ook trainers) binnen de sport de VOG aangevraagd. Voor het jaar 2022 hebben 61.170 vrijwilligers de VOG aangevraagd. Dit betreft vrijwilligers die binnen 4.750 verenigingen actief zijn.

Vraag 336:

Waaruit bestaat de nationale reddingsvloot?

Antwoord:

De Nationale Reddingsvloot wordt via veiligheidsregio's door Reddingsbrigade Nederland en de Brandweer vormgegeven. 22 veiligheidsregio's zijn hierbij aangesloten, drie niet.

Per deelnemende veiligheidsregio zijn vier boten met bemanning beschikbaar. In tien regio's bestaat de bemanning uitsluitend uit vrijwilligers van de Reddingsbrigade, in zes regio's uitsluitend uit brandweersoldaten en in de resterende zes regio's gaat het om een combinatie van beide. Daarmee zijn 88 boten beschikbaar. Per boot bestaat de bemanning uit een chauffeur, een schipper en twee opstappers. Dit wordt aangevuld met generieke staf.

Vraag 337:

Hoeveel auto's zijn onderdeel van de nationale reddingsvloot?

Antwoord:

Formeel zijn auto's geen onderdeel van de vloot. Maar veel lokale brandweerkorpsen en reddingsbrigades hebben auto's beschikbaar indien dat noodzakelijk is.

Vraag 338:

In hoeverre wordt bij het verbeteren van de toegankelijkheid en verminderen van wachttijden bij de geestelijke gezondheidszorg onderscheid gemaakt tussen lichtere en zwaardere gevallen?

Antwoord:

Zoals aan uw Kamer gemeld per brief van 13 april jl. (Kamerstukken II 2022/23, 25 424, nr. 649) is de inzet van de Minister voor LZS dat de ggz goed toegankelijk is voor iedereen die deze zorg nodig heeft, ook voor mensen met ernstige psychische aandoening (EPA). De huidige bekostigingssystematiek geeft betere handvatten aan verzekeraars en aanbieders om een passende vergoeding voor geleverde zorg af te spreken dan de oude bekostiging, juist ook als het om zwaardere zorg gaat. Hiermee wordt beoogd om specifiek voor mensen met een zwaardere zorgvraag de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren.

Bij het verbeteren van toegankelijkheid in de curatieve ggz is daarbij speciale aandacht voor het borgen van de continuïteit en het realiseren van voldoende toegankelijk aanbod voor patiënten met een hoog complexe zorgvraag, de zogenaamde cruciale ggz. Over de voortgang hiervan zal de Minister voor LZS uw Kamer nog voor de begrotingsbehandeling nader informeren.

Vraag 339:

Wat zijn de meest recente cijfers met betrekking tot wachttijden in de ggz? En hoeveel daarvan staan dubbel en/of foutief op de wachtlijst?

Antwoord:

De Minister voor LZS heeft uw Kamer per brief van 13 april jl. (Kamerstukken II 2022/23, 25 424, nr. 649) geïnformeerd over de informatiekaart wachttijden van de NZa, die de meest recente cijfers bevat. De NZa publiceert periodiek de informatiekaart wachttijden waarmee het aantal wachtenden op landelijk niveau inzichtelijk wordt gemaakt. De NZa publiceert begin 2024 een nieuwe informatiekaart wachttijden met de actuele cijfers.

Vraag 340:

Hoe verhoudt het afwijken van de Ramingen van het Capaciteitsorgaan met betrekking tot het aantal opleidingsplaatsen voor de Gezondheidszorgpsychologen (GZ-psychologen) zich tot de afspraken die in het IZA zijn gemaakt over het wegwerken van de wachtlijsten in en het toegankelijk houden van de ggz?

Antwoord:

Voor 2023 volgt de Minister voor Langdurige Zorg en Sport het meest recente advies van het Capaciteitsorgaan ten aanzien van het aantal opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen. Het Capaciteitsorgaan heeft daarbij drie scenario's uitgewerkt. Er is gekozen voor het scenario waar wel de groeiende zorgvraag wordt meegenomen, maar niet wordt meegegaan in de extra kwaliteitswens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hebben overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. In het rapport van het Capaciteitsorgaan wordt dit verticale substitutie genoemd.

Het overnemen van het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan strookt niet met de IZA-afspraken over de verdere ontwikkeling van taakherschikking. In het IZA is afgesproken om te kijken naar het breder beleggen van taken op basis van competenties en bekwaamheid in plaats van enkel het opleidingsniveau. Het volgen van het voorkeursadvies kan tot het onwenselijke gevolg leiden dat de taakherschikking die heeft plaatsgevonden in de afgelopen periode wordt teruggedraaid.

Bij een gelijkblijvend financieel kader voor de geestelijke gezondheidszorg, zoals is afgesproken binnen het IZA, zal het aanbieden van opleidingsplaatsen niet leiden tot vermindering van de wachtlijsten. Het aanbieden van vervolgopleidingen heeft ook niet als doel om wachtlijsten weg te werken. Belangrijker is dat de ingezette taakherschikking wordt benut, zodat alle professionals zo optimaal mogelijk worden ingezet, ook de masterpsychologen.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport beschouwt de wens van de sector voor verticale substitutie als een wens voor een extra kwaliteitsimpuls en een directe intensivering op de IZA-afspraken. Hier zou formeel gezien een extensivering binnen het kader tegenover moeten staan, wat de druk op de zorg zou vergroten. De voorgestelde kwaliteitsimpuls zal hoogstwaarschijnlijk kostenverhogend gaan werken en daarmee de toegankelijkheid van de zorg juist verder onder druk kunnen zetten. Derhalve is dit scenario nu niet overgenomen.

Vraag 341:

Kan geconcretiseerd worden hoe het op pagina 25 van de begroting genoemde «belangrijkste aandachtsgebied voor de komende periode» geneesmiddelenbeleid, concreet vorm gegeven zal worden? Welke bedragen zijn hiermee gemeoid?

Antwoord:

De Minister van VWS heeft uw Kamer op 26 september 2023 geïnformeerd over de opzet van de periodieke rapportage geneesmiddelen, medische technologie en lichaamsmateriaal in het kader van de Strate-

gische Evaluatie Agenda (SEA).⁴⁹ De hoofdvraag van de periodieke rapportage is in welke mate de beleidsinstrumenten ten aanzien van de beschikbaarheid van geneesmiddelen, medische technologie en lichaamsmateriaal in zijn geheel doeltreffend en doelmatig zijn. Dit in relatie tot de bijdrage die ze leveren aan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van deze zorg en ondersteuning. Ook heeft de Minister uw schriftelijke vragen over deze brief beantwoord.⁵⁰

De bedragen die met het geneesmiddelenbeleid zijn gemoeid, zijn opgenomen in de budgettaire tabel van artikel 2 van de ontwerpbegroting (pagina 55). Inclusief de uitgaven aan medische technologie (breder dus dan alleen geneesmiddelenbeleid) betreft het de subsidie-uitgaven aan medische producten, de opdrachten aan medische producten en de bijdrage aan de agentschappen aCBG en CIBG. Voor 2024 gaat het om € 396 miljoen, waarvan € 265 miljoen voor de publieke investering in Pallas.

Vraag 342:

Wat heeft de eigen bijdrage aan hulpmiddelen opgeleverd?

Antwoord:

Er is geen goede inschatting te maken wat de eigen bijdrage aan hulpmiddelen heeft opgeleverd. De eigen bijdrage aan hulpmiddelen is daarom ook niet opgenomen in de monitor Stapeling eigen bijdragen. Het Ministerie van VWS heeft u in de brief van 28 september jl. hierover geïnformeerd.⁵¹ Bij zorgverzekeraars bestaan verschillen bij het gebruik van declaratiecodes van hulpmiddelen. Dit wordt mede veroorzaakt door verschillen in inkoopafspraken en heeft bijvoorbeeld als gevolg dat de leverancier – op basis van bundelafspraken met de verzekeraar – kan bepalen welk hulpmiddel in het concrete geval het meest passend is. Daardoor is niet altijd met zekerheid te zeggen welk hulpmiddel exact is geleverd en is het op dit moment helaas niet mogelijk om de eigen bijdragen voor hulpmiddelen in de Zvw met voldoende zekerheid op te nemen. Momenteel wordt deze problematiek nog nader onderzocht, waardoor de eigen bijdragen voor hulpmiddelen pas in een later stadium in de monitor kunnen worden meegenomen. In de aangekondigde brief voor het eerste kwartaal van 2024 bericht het Ministerie van VWS u hier nader over.

Vraag 343:

Wat heeft het preferentiebeleid geneesmiddelen van de afgelopen tien jaar opgeleverd?

Antwoord:

Het is niet exact bekend wat het preferentiebeleid jaarlijks oplevert; daarvoor zouden de huidige uitgaven moeten worden afgezet tegen een fictieve situatie waarin in Nederland geen preferentiebeleid zou worden gevoerd. Een dergelijke berekening is niet beschikbaar. Desalniettemin, de afgelopen jaren is de uitgavengroei bij extramurale geneesmiddelen beperkt gebleven. Mede door het inkoopbeleid vanuit verzekeraars zijn de uitgaven sinds 2015 circa € 1 miljard lager uitgevallen dan eerder geraamd. Welke deel hiervan exact het gevolg is van het preferentiebeleid is moeilijk vast te stellen, maar het gaat naar verwachting wel om aanzienlijke bedragen.

⁴⁹ Tweede Kamer 2023–2024, 32 772, nr. 37

⁵⁰ Tweede Kamer 2023–2024, 32 772, nr. 38

⁵¹ Kamerstukken II 2023/24, 29 689, nr. 1226

Vraag 344:

Welke onderzoeken zijn gedaan naar het meer in kaart brengen van risicofactoren en perspectief van meisjes die in het criminele circuit zitten of dreigen te komen, maar ook van meisjes die slachtoffer zijn van jeugdcriminaliteit? Welke stappen zijn gezet op basis van onderzoeken?

Antwoord:

27 maart 2023 is het WODC-onderzoek «Meisjescriminaliteit» gepubliceerd⁵². Het onderzoek is verkennend van aard en gaat in op de kenmerken en risicofactoren van delinquente meisjes en jongvolwassen vrouwen (van 12–27 jaar) in de algemene, politie- en justitiële populaties. Het onderzoek is gedaan naar aanleiding van signalen over het fenomeen jong vrouwelijk ouderschap en een mogelijk blinde vlek die bestaat voor deze doelgroep.

Een kanttekening bij het onderzoek is dat de resultaten beperkt zijn en daardoor niet te generaliseren zijn voor alle delinquente meisjes in Nederland. Hierdoor bevelen onderzoekers aan om nog een verdiepend (longitudinaal) onderzoek te doen rondom delinquente meisjes. Minister Weerwind heeft in het commissiedebat Justitiële Jeugd op 31 mei jl. toegezegd om met het WODC de opties voor het vervolgonderzoek te verkennen. Hierover vinden gesprekken met WODC plaats.

Vraag 345:

Op welke manier borgt u de betrokkenheid van sociaal werk in het verbeteren van de zelfredzaamheid van bewoners in de wijk?

Antwoord:

In de Kamerbrief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 juli jl. over de «Aanpak Sociale Basis inclusief Mantelzorgagenda 2023–2026» (Kamerstukken II 2022/23, 30 169, nr. 75) staat een aantal maatregelen beschreven waarmee het sociaal werk beter wordt ondersteund. Via bijvoorbeeld een ondersteuningsprogramma dat naar verwachting in januari 2024 start zullen gemeenten en andere relevante maatschappelijke partijen, zoals welzijnsorganisaties, worden ondersteund bij het vormgeven van een stevige sociale basis, om onder andere de samenredzaamheid van inwoners te verbeteren.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is daarnaast in gesprek met Sociaal Werk Nederland om naar verwachting in het eerste kwartaal van 2024 mogelijk uitvoering te geven aan het landelijk faciliteren van het welzijnswerk met als doel om regionale en lokale welzijnsorganisaties beter te ondersteunen. Hierbij kan worden gedacht aan het verbeteren van de werving en scholing en voldoende capaciteit om op regionaal niveau het gesprek te voeren met gemeenten en zorgverzekeraars.

Vraag 346:

Hoeveel euthanasieverzoeken waren er?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het totaal aantal euthanasieverzoeken dat in Nederland gedaan wordt of het aantal mensen dat in een euthanasietraject zit. Wel zijn er gegevens beschikbaar over het aantal euthanasiemeldingen die de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) jaarlijks ontvangen. In 2022 hebben de RTE 8.720 meldingen van euthanasie ontvangen. In de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is op basis van

⁵² Kamerstukken, 2022/23, 29 911, nr. 397

vragenlijstonderzoek onder artsen wel een schatting gemaakt van het aantal (al dan niet uitgevoerde) euthanasieverzoeken. In 2022 bedroeg het aantal geschatte verzoeken om euthanasie te zijner tijd (waarbij de patiënt euthanasie nog niet op korte termijn wil, maar bijvoorbeeld wanneer het lijden te erg zou worden) 87.200 en het aantal geschatte uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie op afzienbare termijn 21.600.

Vraag 347:

Hoeveel euthanasieverzoeken waren er vorig jaar voor dementerende patiënten?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het totaal aantal euthanasieverzoeken waarbij dementie ten grondslag lag aan het verzoek. In 2022 hebben de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie 288 meldingen van euthanasie bij dementie ontvangen. Uit het vragenlijstonderzoek onder artsen in het kader van de vierde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is verder gebleken dat in 2022 in 12% van de euthanasieverzoeken dementie ten grondslag lag aan het verzoek. Bij de uitgevoerde verzoeken was dit 3%.

Vraag 348:

Kunt u een overzicht geven van de euthanasieverzoeken per leeftijdscategorie?

Antwoord:

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal euthanasieverzoeken per leeftijdscategorie. Wel zijn er gegevens beschikbaar over het aantal euthanasiemeldingen per leeftijdscategorie, zie hieronder de cijfers over 2022.⁵³

Leeftijdscategorie	Aantal meldingen
Tot 30 jaar	28
30–40 jaar	58
40–50 jaar	179
50–60 jaar	699
60–70 jaar	1.669
70–80 jaar	2.873
80–90 jaar	2.314
Ouder dan 90 jaar	900

Bron: Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Jaarverslag 2022

Vraag 349:

Hoe vaak wordt er palliatieve sedatie toegepast?

Antwoord:

In 2021 zijn 170.972 mensen overleden. Bij 30% van de mensen die in 2021 zijn overleden is palliatieve sedatie toegepast.

Vraag 350:

Hoe vaak is de palliatieve kit ingezet?

Antwoord:

De palliatieve kit wordt inmiddels door alle zorgverzekeraars vergoed. Er is geen informatie over hoe vaak de palliatieve kit is ingezet.

⁵³ Bijlage bij Kamerstukken II 2022/23, 32 647, nr.99.

Vraag 351:

Hoeveel bewoners zijn afgelopen jaar in een hospice overleden en wat was de gemiddelde opnameduur?

Antwoord:

In 2021 vond 8% van de overlijdens plaats in een hospice. De opnameduur in een hospice kan variëren van enkele dagen tot enkele maanden. Gemiddeld verblijven mensen twee à drie weken in een hospice.

Vraag 352:

Hoeveel mensen zijn er het afgelopen jaar thuis gestorven?

Antwoord:

De cijfers van 2022 komen in het eerste kwartaal van 2024 beschikbaar. In 2021 zijn 106.407 mensen met behoefte aan palliatieve zorg overleden, waarvan 43.439 mensen thuis zijn gestorven.

Vraag 353:

Hoeveel budget is gereserveerd voor passende en toekomstbestendige opleidingen in het veranderd zorglandschap? Op welke manier wordt dit budget ingezet om meer opleidingsplekken te creëren en te bekostigen voor voldoende (profiel)artsen Maatschappij + Gezondheid?

Antwoord:

Voor de structurele bekostiging van medische vervolgoedingen is in totaal circa € 1,7 miljard beschikbaar in 2024. Onderdeel daarvan is bekostiging vanuit de beschikbaarheidsbijdrage van medisch-specialistische opleidingen, huisartsenopleidingen, de fzo-verpleegkundigen opleidingen, de ggz-opleidingen, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Daarbovenop is vanuit de begroting nog € 38 miljoen beschikbaar voor gesubsidieerde opleidingen in de sociale geneeskunde, waaronder de artsen Maatschappij + Gezondheid.

Vraag 354:

Komt de onderbesteding van € 22,7 miljoen in de wijkverpleging bovenop de in de VWS-begroting 2024 (p.178) genoemde onderbesteding voor 2023 in de wijkverpleging van € 811,8 miljoen?

Antwoord:

Ja. Het bedrag van € 22,7 miljoen komt bovenop de in de VWS-begroting 2024 verwachte onderbesteding voor 2023 in de wijkverpleging van € 811,8 miljoen.

Het Zorginstituut kan naarmate het jaar vordert een steeds nauwkeurigere raming maken van de zorguitgaven op basis van de reeds ontvangen declaraties en geactualiseerde verwachtingen van zorgverzekeraars over wat er nog ontvangen gaat worden aan declaraties. De derdekwartaal-cijfers van de wijkverpleging zijn gebaseerd op circa 67% van de te ontvangen declaraties in 2023, terwijl de tweedekwartaalcijfers waren gebaseerd op circa 42% van de te ontvangen declaraties. De onderbesteding van het budgettair kader wijkverpleging is exclusief de uitgaven aan het fonds Wijkverpleging van € 75 miljoen waarover in het kader van het Integraal Zorgakkoord afspraken zijn gemaakt.

Vraag 355:

Kan van alle vaccinaties in het Rijksvaccinatieprogramma een overzicht gegeven worden van de ontwikkeling van de vaccinatiegraad van 2010–2023?

Antwoord:

Op 29 juni jl. publiceerde het RIVM de meest recente jaarlijkse cijfers van de vaccinatiegraad voor het Rijksvaccinatieprogramma⁵⁴. In onderstaande tabel is de vaccinatiegraad per vaccinatie en geboortecohort weergegeven, op basis van op persoon geregistreerde vaccinaties, exclusief anonieme vaccinaties.

Cohort	Vaccinatie	Vaccinatiegraad exclusief vaccinaties die later zijn gegeven	Vaccinatiegraad inclusief vaccinaties die later zijn gegeven
Zuigelingen (cohort 2020)	DKTP	87,3%	88%
	Hib	89%	89,6%
	Hep B	87,6%	88,2%
	Pneu	90%	90%
	BMR	88,8%	89,4%
	MenACWY	88,3%	89,4%
	Volledig, alle RVP-vaccinaties volgens schema op tweejarige leeftijd	83,6%	84,2%
Kleuters (cohort 2017)	DKTP	88,7%	89,1%
Schoolkinderen (cohort 2012)	DTP	82,5%	85%
	BMR	82,7%	85,1%
Adolescenten (cohort 2008/2007)	HPV meisjes	58,5%	63,6%
	MenACWY	80,3%	81,3%

Betekenis afkortingen: D(K)TP = difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis, Hib = *Haemophilus influenzae* type b-ziekte, Hep B = hepatitis B, Pneu = pneumokokkenziekte, BMR = bof, mazelen, rodehond, MenACWY = meningokokken ACWY-ziekte, HPV = humaan papillomavirus infectie.

Voor een terugblik in de ontwikkeling van de vaccinatiegraad vanaf 2010 verwijst de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport u naar De Staat van Volksgezondheid en Zorg, Rijksvaccinatieprogramma (RVP): deelname zuigelingen⁵⁵. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zal in de volgende voortgangsbrief «Vol vertrouwen met vaccineren», begin 2024, de Kamer informeren over de voorlopige opkomstcijfers van 2023.

Vraag 356:

In hoeverre heeft u in de begroting voor 2024 en latere jaren rekening gehouden met aanstaande vaccins met een positief Gezondheidsraad-advies?

Antwoord:

In de VWS-begroting 2024 wordt geen rekening gehouden met bekostiging van vaccinatieaanbod naar aanleiding van nog te verschijnen adviezen van de Gezondheidsraad.

Vraag 357:

Kan een schatting gegeven worden van het budget dat nodig is om vaccins met een positief Gezondheidsraad-advies op te laten nemen in de begroting?

⁵⁴ Tweede Kamer, 2022/23, 32 793, nr. 651

⁵⁵ Rijksvaccinatieprogramma (RVP): deelname zuigelingen | De Staat van Volksgezondheid en Zorg (staatvz.nl)

Antwoord:

Er zijn twee adviezen van de Gezondheidsraad over vaccinaties die nog niet zijn opgevolgd, omdat hier geen financiële dekking voor is. Het gaat om de adviezen over vaccinatie tegen gordelroos uit 2019 (maakt nog geen onderdeel uit van het Rijksvaccinatieprogramma) en vaccinatie van ouderen tegen pneumokokken uit 2023 (aanpassing in de uitvoering ten opzichte van de huidige opgenomen vaccinatie tegen pneumokokken in het Rijksvaccinatieprogramma).

De kosten voor het programmatisch aanbieden van gordelroosvaccinatie inclusief een inhaalcampagne worden geschat op € 180 miljoen per jaar in de eerste vijf jaren en daarna jaarlijks € 30 miljoen.

De extra kosten voor het opvolgen van het advies over pneumokokken worden geschat op zo'n € 50 miljoen in het eerste jaar en tussen de € 10 en € 20 miljoen per jaar in de vier jaren daarna. De structurele totale kosten zijn € 13 miljoen per jaar, dat is jaarlijks € 32 miljoen minder dan de huidige totale kosten van het vaccinatieprogramma tegen pneumokokken.

Voor nog te publiceren Gezondheidsraad adviezen is het lastig een onderbouwde schatting te geven van een benodigd budget. Ten eerste is de werkagenda van de Gezondheidsraad bepalend voor de volgorde van adviezen en kan deze als gevolg van andere prioritering veranderen. Daarnaast zijn er veel afhankelijkheden bepalend voor de kosten van vaccinatieaanbod, zoals welk vaccin of welke vaccins uiteindelijk in aanmerking komt/komen, het aantal benodigde doses van dat vaccin, de kosten van het vaccin en de uitvoering.

Vraag 358:

Kunt u aangeven waarom het budget voor ziektepreventie in 2025 fors lager is dan in 2024 (respectievelijk € 866 miljoen en € 1.2 miljard) en blijft dalen tot en met 2028? Kunt u inzichtelijk maken op welke specifieke subsidieregelingen wordt bezuinigd, naast de bezuiniging op de bijdrage aan medeoverheden door de afbouw van covidtaken van de GGD?

Antwoord:

Het lagere budget voor ziektepreventie vanaf 2025 komt voor een belangrijk deel omdat covid-uitgaven tot nu toe grotendeels incidenteel zijn toegekend. Voor 2024 zijn hiervoor middelen in de begroting opgenomen, over benodigde middelen voor 2025 en verder zal de besluitvorming naar verwachting plaatsvinden in het voorjaar 2024.

De belangrijkste posten voor het lagere budget in 2025 zijn:

- Een afname van € 120 miljoen aan bijdragen voor medeoverheden ten behoeve van de covid-werkzaamheden van GGD'en.
- Een afname van circa € 63 miljoen aan subsidies voor de landelijk coördinerende werkzaamheden van de GGD GHOR m.b.t. covid.
- Een afname van het budget voor het RIVM van circa € 40 miljoen voor het covid-vaccinatieprogramma en Programma-19.
- Een afname van het opdrachtenbudget van circa € 80 miljoen in 2025.

Vraag 359:

Welke ziektepreventiemaatregelen worden nu niet meer genomen, aangezien het budget voor ziektepreventie vanaf 2023 fiks is verlaagd?

Antwoord:

Door de afname van de covid-pandemie zijn de maatregelen ter bestrijding van covid afgeschaald en dalen de kosten voor de bestrijding van de pandemie. Dit is vooral zichtbaar bij de uitgaven aan vaccins en aan de uitvoeringskosten van de GGD'en en de GGD-GHOR. Er zijn vanaf 2025 nog geen extra middelen geraamd voor covid.

Vraag 360:

Hoe verhoudt de daling van het budget voor vaccinaties in tabel 16 zich tot de toelichting bij 2.1.2, waar wordt aangegeven dat er wordt geïnvesteerd in preventieve gezondheidsmaatregelen zoals vaccinaties?

Antwoord:

De toename van het budget voor vaccinaties in 2023 wordt in zijn geheel verklaard door de HPV inhaalcampagne voor jongvolwassenen die zijn geboren 1996 en 2003. In plaats van een daling van het budget voor vaccinaties is dit juist een (eenmalige) investering in vaccinaties. Een andere, structurele investering in vaccinaties is die tegen rotavirus. Vanaf begin 2024 krijgen alle zuigelingen in Nederland een vaccinatie tegen rotavirus aangeboden.

Vraag 361:

Kunt u aangeven waarom het budget voor ziektepreventie in 2025 fors lager is dan in 2024 (respectievelijk € 866 miljoen en € 1.2 miljard) en blijft dalen tot en met 2028?

Antwoord:

Het lagere budget voor ziektepreventie vanaf 2025 komt voor een belangrijk deel omdat covid-uitgaven tot nu toe grotendeels incidenteel zijn toegekend. Voor 2024 zijn voor covid middelen in de begroting opgenomen. Voor 2024 zijn hiervoor middelen in de begroting opgenomen, over benodigde middelen voor 2025 en verder zal de besluitvorming naar verwachting plaatsvinden in het voorjaar 2024.

De belangrijkste posten voor het lagere budget in 2025 zijn:

- Een afname van € 120 miljoen aan bijdragen voor mede-overheden ten behoeve van de covid-werkzaamheden van GGD'en.
- Een afname van circa € 63 miljoen aan subsidies voor de landelijk coördinerende werkzaamheden van de GGD GHOR m.b.t. covid.
- Een afname van het budget voor het RIVM van circa € 40 miljoen voor het covid-vaccinatieprogramma en Programma-19.
- Een afname van het opdrachtenbudget van circa € 80 miljoen in 2025.

Vraag 362:

Waarom zijn er in 2024 minder middelen beschikbaar gesteld voor abortusklinieken ten opzichte van 2023?

Antwoord:

Door een technische oorzaak is een deel van de subsidies aan de abortusklinieken in 2022 niet geheel bevoorschot. Deze middelen (€ 0,6 miljoen) zijn in 2023 alsnog uitbetaald. Bij 1e suppletore begroting 2023 is het budget incidenteel verhoogd met € 0,6 miljoen om deze betalingen te kunnen doen. Voor 2024 is dit niet aan de orde.

Vraag 363:

Kunt u aangeven waarom het budget voor subsidies voor gezonde leefstijl en gezond gewicht vanaf 2026 fors lager is dan in 2025 en voorgaande jaren (respectievelijk € 25,5 miljoen en € 15 miljoen)? Kunt u inzichtelijk maken op welke specifieke subsidieregelingen wordt bezuinigd?

Antwoord:

Het huidige kabinet heeft van 2022 tot en met 2025 incidenteel extra middelen vrijgemaakt voor de inzet op overgewicht. Het gaat om jaarlijks circa € 10 miljoen uit de enveloppe Preventie en in de jaren 2023 tot en met 2025 circa € 20 miljoen per jaar uit de enveloppe Volksziekten. Vanaf 2026 vervallen vooralsnog deze incidentele reeksen tenzij het volgende kabinet hier een ander besluit over zou nemen. Het wegvallen van deze incidentele reeksen verklaart het verschil in beschikbaar budget. Begin

volgend jaar wordt een inschatting gemaakt van welke subsidies met de beperkt beschikbare middelen in welke vorm doorgezet zullen worden.

Vraag 364:

Uit hoeveel extra opleidingsplekken bestaat de uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor forensische artsen?

Antwoord:

Vanaf 2024 is er plaats voor het opleiden van 25 forensisch artsen, waar er in 2023 15 plekken waren.

Vraag 365:

Waar wordt de € 3,5 miljoen specifiek voor ingezet dat beschikbaar is gesteld om de mentale weerbaarheid bij alle in Nederland verblijvende personen te versterken, en om de maatschappelijke kosten en sociale impact van mentale gezondheidsklachten te verminderen? Naar welke projecten, subsidies of posten gaat dit geld?

Antwoord:

Het beschikbare budget wordt langs de lijnen van het plan van aanpak «mentale gezondheid: van ons allemaal» ingezet. De middelen worden onder meer ingezet voor het ondersteunen van gemeenten en maatschappelijke organisaties bij hun inzet voor mentale gezondheid. Het gaat dan bijvoorbeeld om het organiseren van bijeenkomsten zoals de landelijke week van de mentale gezondheid en van kennissessies voor gemeenten, uitvoeren van een publiekscampagne en het ontwikkelen en verspreiden van kennis door Trimbos.

Vraag 366:

Kunt u het onderzoek naar de mogelijkheden van innovatie en technologie bij valpreventie nader toelichten? Hoe is dit onderzoek opgezet en wanneer worden de resultaten verwacht?

Antwoord:

Vanuit het Landelijk Programma Valpreventie worden de mogelijkheden van innovatie en technologie onderzocht ter ondersteuning van de implementatie van de ketenaanpak Valpreventie. Een aantal initiatieven, zoals de ontwikkeling van een online signaleringstool en een digitaal screeningsinstrument, wordt gefinancierd. De signaleringstool zal in het tweede kwartaal van 2024 worden gelanceerd. In maart 2024 start de pilot van de digitale valanalyse om onder andere de haalbaarheid van de landelijke implementatie verder te toetsen. Tevens wordt gewerkt aan een subsidieregeling om tot en met 2027 de implementatie van innovaties en nieuwe technologie te stimuleren.

Vraag 367:

Welke activiteiten worden zoal bedoeld bij de € 1,8 miljoen aan subsidie voor het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)?

Antwoord:

Het NCJ is er voor professionals die van preventie hun vak hebben gemaakt en helpt hen met kennis, kunde en netwerken. Het NCJ vertaalt, verbindt en verrijkt kennis en deelt kennis landelijk via onder meer kenniskringen, bijeenkomsten, allianties, nieuwsbrieven, de website en social media. Het NCJ doet dit oa ten aanzien van het Prenataal Huisbezoek, de eerste 1.000 dagen, preventie en waardegedreven vakmanschap. Ook ondersteunen zij organisaties bij het implementeren van het nieuwe Landelijk Professioneel Kader, bij richtlijnontwikkeling en zijn zij inhoudelijk beheerder van de informatiestandaard in de jeugdgezondheidszorg.

Vraag 368:

Kan met betrekking tot de onderzoeken naar Long Covid een overzicht gegeven worden wie wat doet en waar er nog blinde vlekken zijn?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS financiert momenteel verschillende onderzoeken naar post-COVID, onder andere via ZonMw programma's en TNO. Een overzicht van de lopende onderzoeken naar post-COVID met ZonMw-subsidies is recent aan de Tweede Kamer gezonden (Kamerstukken II 2022–2023, 25 295, nr. 2151). Als bijlage bij dezelfde Kamerbrief vindt u ook de recent gepubliceerde biomedische kennisagenda van ZonMw. Dit is het eerste deel van de overkoepelende kennisagenda voor post-COVID. Het doel van deze kennisagenda is het in beeld te brengen van blinde vlekken betreffende onderzoek naar post-COVID, zodat nieuw onderzoek zich daarop kan richten.

Vraag 369:

Hoeveel procent van het budget voor de lokale aanpak via het GALA wordt besteed aan gezondheidsbevordering? Waarom is het budget in het laatste jaar – 2026 – beduidend lager?

Antwoord:

Het volledige budget van het GALA wordt besteed aan brede inzet op gezondheidsbevordering. Daartoe behoort ook het bevorderen van leefstijl en het versterken van de sociale basis, zoals eenzaamheid en mantelzorg. Gezondheidsbevordering gaat zowel om het beïnvloeden van individueel gedrag, alsmede beïnvloeding van de leefomgeving. Met het beschikbare budget voor dat vanuit het GALA aan leefomgeving kan worden besteed uitgaven gedaan die zowel met gezondheidsbevordering, alsmede met gezondheidsbescherming te maken hebben.

In 2026 is het bedrag ca. € 55,3 miljoen lager, omdat de middelen vanuit het huidige Coalitieakkoord voor preventie van alcohol, roken, overgewicht/voeding en aan bevordering van bewegen, de mentale gezondheid en een lokale preventie aanpak geen structurele, maar incidentele middelen zijn die in 2026 wegvallen bij ongewijzigd beleid.

Vraag 370:

Hoeveel procent van het preventiebudget gaat richting medeoverheden in het kader van de lokale aanpak en het GALA?

Antwoord:

Er is niet één preventiebudget. Preventie zit integraal verweven in veel thema's en programma's. In het huidige Coalitieakkoord zijn voor de brede preventieaanpak structurele en incidentele middelen beschikbaar gesteld voor onderzoek en aanpak van volksziekten, valpreventie, sportstimulering, Kansrijke Start, prenatale screening, suicide preventie, respijtzorg, preventieakkoord en Een tegen Eenzaamheid. In totaal gaat het om € 394 miljoen in 2023, € 386 miljoen in 2024 en 2025, en structureel gaat het om € 233 miljoen (exclusief € 150 miljoen vanuit de IZA-middelen). Vanaf 2026 vervallen vooralsnog deze incidentele reeksen tenzij het volgende kabinet hier een ander besluit over zou nemen. Het wegvallen van deze incidentele reeksen verklaart het verschil in beschikbaar budget. Naast de Coalitieakkoord middelen zijn er ook middelen voor preventie die al eerder op de VWS begroting stonden. Voor een integrale lokale aanpak vanuit GALA is 50% van het budget van de Coalitiemiddelen beschikbaar gesteld aan gemeenten via de brede SPUK regeling in 2023, 2024 en 2025. In 2026 gaat het om 59%. De brede SPUK regeling loopt t/m 2026.

Vraag 371:

Waarom gaat niet meer budget om de vaccinatiegraad te verhogen?

Antwoord:

In 2020 is een langlopende opdracht aan het RIVM verstrekt ter waarde van ca. € 10 miljoen om in te zetten op het bereiken en behouden van een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad. De komende jaren worden hier de resultaten van verwacht. Deze resultaten zullen geëvalueerd worden op effectiviteit met betrekking tot de vaccinatiegraad.

Naast genoemd budget zijn er uiteraard de budgetten voor de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma, die (na de door VWS specifiek gefinancierde implementatiefase) worden toegevoegd aan het Gemeentefonds. Daarbij is het uitgangspunt dat GGD'en en JGZ-organisaties reëel vergoed worden voor het uitvoeren van breed toegankelijke vaccinatieprogramma's en zodoende een hoge vaccinatiegraad kunnen waarmaken.

Vraag 372:

Hoe wilt u in de komende jaren zicht houden op het vaccinatiecijfer als deze informatie niet meer met RIVM gedeeld hoeft te worden (als ouders dan niet willen)?

Antwoord:

Het klopt dat door de invoering van informed consent per 1 januari 2022 het de komende jaren aanzienlijk lastiger zal zijn de vaccinatiegraad te monitoren. Dit maakt het des te belangrijker om in te zetten op het volgen van het vertrouwen in vaccinaties op andere wijzen, zoals via de vertrouwensmonitor.

Het RIVM heeft daarnaast intensief contact met de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en organiseert onder andere een jaarlijks webinar om signalen over de vaccinatiegraad uit de spreekkamer op te vangen.

Vraag 373:

Hoe groot is de afname van het aantal mensen met obesitas/overgewicht sinds de invoering van het preventieakkoord?

Antwoord:

Van de bevolking in Nederland van 18 jaar en ouder heeft 50,2% overgewicht. Dit percentage is sinds de invoering van de maatregelen uit het preventieakkoord gelijk gebleven. Deze informatie is te vinden op de website van De Staat van Volksgezondheid en Zorg (<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/overgewicht-volwassenen>).

Vraag 374:

Hoe groot is de afname van het aantal mensen dat rookt sinds de invoering van het preventieakkoord?

Antwoord:

Het Nationaal Preventieakkoord is getekend in 2018. Uit de Leefstijlmonitor blijkt dat in dat jaar 22,4% van de Nederlandse volwassenen rookte. In 2022 is dit aantal gedaald tot 18,9%.

Vraag 375:

Hoe groot is de afname van het aantal problematische alcoholgebruikers sinds de invoering van het preventieakkoord?

Antwoord:

Onder de definitie problematisch alcoholgebruik vallen verschillende groepen alcoholgebruikers, waaronder overmatige drinkers, zware drinkers en jongeren.

Het percentage volwassenen dat overmatig drinkt is gedaald in de periode 2014–2022 van 9,9% naar 6,5%. Daarnaast schommelt het percentage volwassenen dat zwaar drinkt al jaren op hetzelfde niveau, rond de 8 à 9%.⁵⁶ Het alcoholgebruik onder jongeren is de afgelopen jaren toegenomen. In de periode 2017–2021 is het aantal jongeren tussen de 12 en 16 dat de afgelopen maand alcohol dronk gestegen van 25% naar 27,8% en het aantal jongeren dat bingedrinkt van 17,7% naar 20,8%.⁵⁷

Vraag 376:

Wordt met het verstrekken van incidenteel € 10 miljoen vanuit de VWS-begroting voor gratis schoolmaaltijden bedoeld dat er gratis gezonde schoolmaaltijden worden verstrekt? Zo ja, welke richtlijnen geeft u hierover mee aan onderwijsinstellingen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Voor het voortzetten van het programma schoolmaaltijden in 2024 stelt het kabinet eenmalig gezamenlijk € 166 miljoen ter beschikking. Een deel van deze middelen zijn afkomstig van SZW (€ 52,5 miljoen) en VWS (€ 10 miljoen). De rest van de middelen zijn afkomstig via de OCW begroting. Met het verlengen van het programma Schoolmaaltijden bieden we de deelnemende scholen en leerlingen voor het komende jaar continuïteit in het ontvangen van een maaltijd tijdens de schooldagen. Gezondheid is één van de drie doelstellingen van het programma in 2024: samen met armoedebestrijding en het bevorderen van kansengelijkheid. Scholen hebben binnen het programma schoolmaaltijden de vrijheid dit te organiseren op een manier die het beste past bij hun leerlingen, ouders en bij de school. Om scholen en ouders te inspireren bij de invulling hiervan worden vanuit het programma tips, richtlijnen en goede voorbeelden meegegeven. We gebruiken daarvoor de richtlijnen van het Voedingscentrum voor gezonde maaltijden, productenlijsten, voorbeelden van lunchmenu's en lesactiviteiten over gezond en duurzaam eten. Informatie hierover wordt met scholen gedeeld en is ook goed vindbaar op de website van het programma schoolmaaltijden voor scholen en ouders. Ook worden scholen gewezen op het programma Gezonde School. Onderzoek naar het programma in 2023 toont aan dat het merendeel van zowel scholen als ouders aangeven gezonde en gevarieerde keuzes te maken binnen het programma. Het programma wordt op basis van de eerder genoemde doelstellingen op de ervaren effectiviteit en implementatie geëvalueerd.

Vraag 377:

Welke preventieve maatregelen worden niet uitgevoerd vanwege de kosten voor de gratis gezonde schoolmaaltijden?

Antwoord:

Voor het voortzetten van de schoolmaaltijden in 2024 heeft het Ministerie van VWS incidenteel een bijdrage van € 10 miljoen geleverd. Voor € 5,5 miljoen wordt de bijdrage taakstellend gekort op het artikelonderdeel gezonde leefstijl en gezond gewicht. Hoe de korting wordt ingevuld wordt in 2024 nader bekeken. Daarbij zal gekeken worden hoe het nog beschikbare budget zo doelmatig mogelijk kan worden ingezet. Het resterende bedrag is gedekt vanuit middelen die nog gereserveerd stonden voor VWS op de aanvullende post (€ 4,5 miljoen) van het Ministerie van Financiën.

⁵⁶ Cijfers alcoholgebruik volwassenen – Expertisecentrum Alcohol (trimbos.nl)

⁵⁷ Cijfers alcoholgebruik jongeren – Expertisecentrum Alcohol (trimbos.nl)

Vraag 378:

Hoeveel subsidie is gereserveerd aan het Erasmus MC voor het ontwikkelen en implementeren van een leefstijlscreeningsinstrument voor kinderen («Flykids») en voor hoeveel jaar? Geldt ook voor de andere subsidies hoeveel wordt hiervoor besteed en voor hoeveel jaar?

Antwoord:

Voor de digitalisering en implementatie van het leefstijlscreeningsinstrument FLY-Kids in de periode 2023–2025 is een subsidiebedrag van € 749.830,96 toegekend aan het Erasmus MC.

In totaal is er jaarlijks een subsidiebudget beschikbaar van circa € 28 miljoen voor de inzet op gezond gewicht en voeding. De verdeling is als volgt:

- Subsidie van circa € 7 miljoen aan het Voedingscentrum om te voorzien in de juiste informatie over gezonde en veilige voeding voor burgers en professionals. Waaronder ook de inzet op Gezonde Kinderopvang.
- Subsidie van circa € 10 miljoen aan de Stichting Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG) om in gemeenten een gezonde(re) omgeving te creëren en in te zetten op een stijging van het aantal jongeren op een gezond gewicht en de implementatie van het programma Kind naar Gezonder Gewicht i.r.t. de ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Hierbij werkt de stichting samen met diverse partijen: overheden, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties.
- Subsidie van circa € 7 miljoen aan het programma Gezonde School. Hierin worden in nauwe samenwerking met de Ministeries van OCW, LNV en SZW de kinderen in het basis- en voortgezet onderwijs en mbo gestimuleerd tot een gezonde leefstijl. Onderdeel daarvan is het streven dat alle schoolkantines beschikken over een gezond aanbod volgens de richtlijnen van het Voedingscentrum.
- Subsidie van circa € 0,75 miljoen aan het Erasmus MC voor het ontwikkelen en implementeren van een leefstijlscreeningsinstrument voor kinderen «Fly-Kids». Dit instrument draagt bij aan de bewustwording van ouders/verzorgers en het verkleinen van (lange termijn) risico's van een ongezonde leefstijl bij kinderen.
- Subsidie van € 1,5 miljoen aan Vita Valley voor de uitvoering van het programma 2Diabeat waarbij een wijkgerichte aanpak inzet op samenwerken aan leefstijlverandering in een wijk of dorp.
- Subsidie aan het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) voor de netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas. Deze netwerkaanpak heeft als doel dat mensen met overgewicht en obesitas passende zorg en ondersteuning krijgen. De subsidie aan het PON loopt tot en met 31 maart 2024. De Staatssecretaris van VWS reserveert voor daarna in ieder geval een bedrag van circa € 0,9 miljoen.

Vraag 379:

Hoeveel zou het kosten om PrEP voor de volledige doelgroep te vergoeden, zonder eigen bijdrage?

Antwoord:

Op grond van de nieuwe regeling die volgend jaar in werking treedt, betalen gebruikers ongeveer € 30,- per dertig pillen, exclusief terhandstelingskosten van € 6,- à € 7,-. Op basis van de cijfermatige evaluevaluatie van de PrEP-regeling⁵⁸ is bekend dat 55,4% dagelijks PrEP slikt, 40,3% intermitterend (een bepaalde periode of alleen rondom seks) 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, per

⁵⁸ Kamerstukken II, 2023/234, 32 239, nr. 13

jaar vier verpakkingen van dertig pillen slikt. 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. Om de medicatiekosten geheel te vergoeden is circa € 4 miljoen nodig.

Vraag 380:

Hoeveel abortussen zijn er het afgelopen jaar gepleegd?

Antwoord:

De IGJ brengt jaarlijks verslag uit over het aantal zwangerschapsafbrekingen in Nederland. De cijfers over 2023 zijn nog niet bekend, die worden naar verwachting in het derde kwartaal van 2024 gepubliceerd. In 2022 werden in Nederland in totaal 35.606 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd⁵⁹.

Vraag 381:

Kunt u een overzicht geven van het aantal abortussen per leeftijdscategorie?

Antwoord:

Ja. De IGJ rapporteert in de jaarlijkse rapportage Wet afbreking zwangerschap ook over de zwangerschapsafbrekingen per leeftijdsgroep.⁶⁰

Zwangerschapsafbrekingen naar leeftijd van de vrouw in 2022

Leeftijd	<15	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	>45	Niet bekend
Aantal	81	2.621	7.392	8.215	8.340	6.115	2.562	267	13

Vraag 382:

Kunt u een overzicht geven van het aantal abortussen naar de duur van de zwangerschap?

Antwoord:

Ja. De IGJ rapporteert in de jaarlijkse rapportage Wet afbreking zwangerschap ook over de zwangerschapsafbrekingen naar duur van de zwangerschap.⁶¹

Aantal zwangerschapsafbrekingen naar duur van de zwangerschap in 2022

Zwangerschapsduur	4–8 weken	8–12 weken	13–17 weken	18–20 weken	21–23 weken	Niet bekend
Aantal	23.085	7.333	3.094	1.274	782	38

Vraag 383:

Hoe vaak wordt de abortuspil via de huisarts verstrekt?

Antwoord:

Nooit, want de huisarts is op dit moment niet bevoegd om de abortuspil te verstrekken. Dit is alleen voorbehouden aan ziekenhuizen en abortusklinieken op basis van de Wet afbreking zwangerschap (Wafz). De initiatiefwet «legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts» waarmee de Wafz op dit punt wordt aangepast, wordt momenteel uitgewerkt. Deze wet zal niet eerder ingaan dan per 1 juli 2024.

Vraag 384:

Hoe vaak is de NIPT toegepast afgelopen jaar?

⁵⁹ Kamerstukken II 2022/23, 30 371, nr. 53.

⁶⁰ Kamerstukken II 2022/23, 30 371, nr. 53.

⁶¹ Kamerstukken II 2022/23, 30 371, nr. 53.

Antwoord:

De meest recente cijfers betreffen 2021. In 2021 is bij 55,1% van de zwangerschappen een NIPT uitgevoerd. De cijfers over 2022 zijn bekend in het tweede kwartaal van 2024.

Vraag 385:

Hoe kan het dat er te hoog verstrekte (subsidie)voorschotten voor onder andere de bevolkingsonderzoeken kanker en de uitvoering preventieve programma's door het RIVM (€ 32,8 miljoen) worden verleend? Op basis waarvan? En waarom wijken daadwerkelijke uitgaven daar zo van af?

Antwoord:

Het RIVM stelt jaarlijks een meerjarig macrokader op voor de uitvoering van de bevolkingsonderzoeken naar kanker en de uitvoering van andere preventieve programma's. In dit macrokader wordt rekening gehouden met een verwachte deelname aan de programma's en de kosten voor de uitvoering (zowel personele als materiële kosten), die mede is gebaseerd op de deelname van vorige jaren. Op basis daarvan vindt de bevoorschotting plaats. Doordat de daadwerkelijke deelname en kosten kunnen afwijken, wijken de daadwerkelijke uitgaven ook af.

Vraag 386:

Hoe vaak is er een hersteloperatie na vrouwelijke genitale verminking uitgevoerd?

Antwoord:

Het Amsterdam UMC (de enige aanbieder van deze hersteloperatie) schat in dat het in de afgelopen 2 jaar gaat om 5 tot 10 uitgevoerde operaties per jaar. De afgelopen 10 jaar zijn er ongeveer 100 operaties uitgevoerd.

Vraag 387:

Waarom is er een groot verschil tussen de jaren 2023 en 2027?

Antwoord:

Deze vraag heeft betrekking op de budgettaire gevolgen van beleid op artikel 2. De uitgaven op dit artikel stijgen met € 965 miljoen tussen 2023 en 2027. Dit komt grotendeels door de geraamde stijging met € 723 miljoen in deze jaren van de Rijksbijdrage 18- aan het Zorgverzekeringsfonds. Deze rijksbijdrage is bedoeld voor de bekostiging van de zorguitgaven voor kinderen tot 18 jaar. De Rijksbijdrage 18- beweegt mee met de Zvw-uitgaven. De totale bruto Zvw-uitgaven stijgen tussen 2023 en 2027 naar verwachting met € 16 miljard.

Vraag 388:

Waarom is er een laag bedrag voor het verbeteren van de toegankelijkheid van curatieve ggz terwijl het aantal patiënten nog steeds lijkt toe te nemen?

Antwoord:

Het weergegeven budget ter bevordering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz betreft alleen de voorgenomen uitgaven aan opdrachten en subsidies op artikel 2. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn met onder andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars specifieke afspraken gemaakt over een betere toegankelijkheid van de ggz. Om de ambities uit het IZA te realiseren is in totaal € 2,8 miljard beschikbaar gesteld in de vorm van transformatiemiddelen, waarvan € 160 miljoen geormerkt beschikbaar voor de ggz. Binnen het macrokader is daarbij specifiek voor de ggz € 60 miljoen extra

beschikbaar gesteld om de wachtlijsten in de ggz te verminderen; dit is vastgelegd in het IZA (p.108).

Ook worden op andere onderdelen binnen de VWS-begroting additionele financiële middelen beschikbaar gesteld om de problemen in de ggz op te lossen, bijvoorbeeld middels ZonMw programma's zoals de subsidie voor de versnellers in de ggz.

Vraag 389:

Wat is de reden dat het budget voor eerstelijnszorg gaat bij «kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg» flink omhoog gaat en bij ondersteuning van het zorgstelsel het vanaf 2024 flink naar beneden gaat?

Antwoord:

Het budget in de VWS-begroting voor eerstelijnszorg bij «kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg» gaat in 2024 omhoog, doordat meerjarig middelen beschikbaar gesteld zijn uit de coalitieakkoord-enveloppes Integraal Zorgakkoord en Versterking Organisatiegraad Basiszorg voor doelstellingen op het gebied van de eerstelijnszorg. Dit betreffen voornamelijk ZonMw-programma's met een substantiële budgettaire omvang.

Het budget voor ondersteuning van het zorgstelsel gaat vanaf 2024 met name omlaag door het aflopen van de beschikbare middelen voor digitaliseringgelden van huisartsen. Vooral het aflopen van het Versnelingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP), bedoeld voor de gebruikersstichting LEGIO en regionale coalities in de huisartsenzorg. Daarnaast zullen een aantal kleinere opdrachten en subsidies ter ondersteuning van het zorgstelsel na 2024 niet worden voortgezet.

Vraag 390:

Waarom in 2024 weinig budget voor passende zorg?

Antwoord:

Voor Passende Zorg is een oplopende reeks aan middelen beschikbaar vanaf 2022 vanuit het coalitieakkoord. Een groot deel van dit budget wordt ingezet voor het verkrijgen van kennis over en inzicht in passende zorg door middel van wetenschappelijk onderzoek. Het opzetten van onderzoeksprogramma's en het uitzetten van onderzoek kost tijd. Ook wordt een deel van deze middelen gebruikt om praktijkinitiatieven te kunnen opschalen en bestaande ZonMw programma's rondom regionale samenwerking te versterken. De verwachting is dat in 2024 het eerste wetenschappelijke onderzoek zal starten. Daarnaast kennen wetenschappelijke onderzoeken een looptijd van meerdere jaren, waarbij deze gedurende de looptijd worden gefinancierd. Dat betekent dat er in 2024 verplichtingen worden aangegaan die pas in latere jaren tot uitgaven leiden. Voor 2024 is het budget daarom nog van mindere omvang dan de latere jaren.

Naast deze investeringsreeks is de beweging naar Passende Zorg veel breder. Zorgaanbieders kunnen ook een beroep doen op transformatiemiddelen in het kader van het IZA en afspraken maken met zorgverzekeraars in de contractering van zorg.

Vraag 391:

Waarom wordt verwacht dat de kosten voor de Regeling medisch noodzakelijke zorg onverzekerden de komende jaren gaan dalen?

Antwoord:

De kosten voor de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) zijn de afgelopen jaren gestegen. De verwachting is dat deze kosten blijven stijgen. De jaren 2022 en 2023 geven een

vertekend beeld, omdat (een deel van) de kosten van medische zorg aan ontheemden uit Oekraïne ten laste is gekomen van de SOV. Deze kosten komen op dit moment voor het grootste deel ten laste van de regeling medische zorg aan ontheemden uit Oekraïne (RMO). Alleen de kosten van zorg aan ontheemden zonder registratie in het BRP komen ten laste van de SOV.

Vraag 392:

In hoeverre is het leven na kanker onderdeel van de € 65,7 miljoen voor oncologie?

Antwoord:

«Leven na kanker» is geen onderdeel van de € 65,7 miljoen aan subsidies voor de oncologie vanuit de medisch specialistische zorg. VWS zet zich wel via andere wegen in voor het bevorderen van leven met en na kanker, bijvoorbeeld via een subsidie aan brancheorganisatie IPSO. IPSO is een organisatie die op verschillende locaties centra heeft waar mensen met kanker en hun naasten laagdrempelig psychosociale zorg kunnen ontvangen. Daarnaast heeft het Ministerie van VWS in samenwerking met het Ministerie van SZW aan ZonMw gevraagd een project in te richten voor het optimaliseren van het werkhervattingsproces bij en na kanker voor werkenden, werkgevers en behandelaars.

Vraag 393:

Worden de Nederlandse Kankeragenda en de uitkomsten uit de verkenning van cijfers en verschillen tussen vrouwen en mannen bij kanker meegenomen in de beschikbare budgetten voor onder andere oncologie? Zo nee, waarom niet? Zo ja, op welke manier?

Antwoord:

Op 27 november jl. is de Nederlandse Kankeragenda gelanceerd door het Nederlands Kanker Collectief. Het Ministerie van VWS heeft uw Kamer voor het kerstreces voorzien van een reactie op dit initiatief. In deze brief zal worden ingegaan op de rol van het Ministerie van VWS bij de uitvoering van de Nederlandse Kankeragenda.

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) is een van de initiatiefnemers van de Nederlandse Kankeragenda. Vanuit die rol is het IKNL ook een van de belangrijkste aanjagers van de uitvoering van de doelen zoals geformuleerd in deze agenda. Het IKNL ontvangt jaarlijks een instellingssubsidie vanuit VWS voor haar activiteiten. Deze subsidie is onderdeel van het totale budget aan oncologische subsidies van € 65,7 miljoen. Via de verleende instellingssubsidie aan het IKNL draagt VWS dus nu al financieel bij aan de uitvoering van de Nederlandse Kankeragenda. IKNL is eveneens verantwoordelijk voor het rapport «Vrouw-manverschillen bij kanker». De uitkomsten en aanbevelingen van deze publicatie zijn niet specifiek meegenomen binnen het budget voor de oncologische subsidies voor 2024. Sekse- en genderverschillen in medische zorg en onderzoek hebben in generieke zin uiteraard wel de aandacht van VWS. Via de taakopdracht Gender en Gezondheid, uitgevoerd door ZonMw, wordt al sinds meerdere jaren ingezet op de verankering van sekse en gender in onderzoek en onderzoeksprogramma's in gezondheid en zorg.

Vraag 394:

Hoe staat het met de aanpassing van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)? Wat is de tijdlijn van deze aanpassing?

Antwoord:

In de brief van 30 augustus 2023⁶² heeft de Minister voor LZS op verzoek van uw kamer de verdere stappen inzake het verbeteren van de Wvggz en de Wzd geschetst. Momenteel wordt hard gewerkt aan een conceptwetsvoorstel dat volgens planning in het voorjaar van 2024 voor internetconsultatie kan worden aangeboden. De uitkomsten van die consultatie en alle toetsen en adviezen (zoals verschillende uitvoerbaarheidstoetsen en de toetsen van de Autoriteit Persoonsgegevens en het Adviescollege toetsing regeldruk en het advies van het College voor de Rechten van de Mens en de Raad van State) worden dan verwerkt tot een voorstel dat aan uw kamer aangeboden wordt. Gelet op de stappen die in voornoemde brief zijn geschetst, is de verwachting dat dit begin 2025 zal zijn.

Vraag 395:

Wat wordt er bedoeld met «het grootste deel van dit budget» in het stuk «Voor het ondersteunen van de afronding van de implementatie en de uitvoering van de wet is structureel € 10,7 miljoen beschikbaar? Kan inzichtelijk gemaakt worden hoe deze € 10,7 miljoen per genoemde categorie worden besteed?

Antwoord:

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) is bedoeld om de rechtsbescherming te regelen bij verplichte zorg in de ggz. Een belangrijke ondersteuning daarbij wordt geboden door de patiënten- en familievertouwenspersoon. Het grootste deel van het budget voor de uitvoering van de wet gaat naar instellingssubsidies voor patiënten- en familievertouwenswerk, dit betreft € 8,6 miljoen in 2024.

De overige middelen worden aangewend voor kleinere subsidies en opdrachten in het kader van de uitvoering van de Wvggz. Voorbeelden hiervan zijn een project voor de versterking van de eigen regie in de Wvggz (als genoemd in de brief van 30 augustus 2023⁶³) en de uitvoering van de ketenmonitor.

Vraag 396:

Hoeveel ggz-instellingen (forensische zorg, verslavingszorg, jeugdzorg) verkeren in financieel zwaar weer? Op welke manier gaat u deze instellingen ondersteunen? Hoeveel ggz-instellingen zijn de laatste vijf jaar gesloten?

Antwoord:

Het is niet bekend hoeveel ggz-instellingen precies in zwaar weer verkeren.

Wel is bekend, vanuit de in DigiMV gepubliceerde jaarverslagen van ggz-instellingen, dat het rendement over het totaal van de ggz gemiddeld op een redelijk hoog niveau ligt. De spreiding tussen instellingen is echter wel groot. Het rendement varieert van –33% tot +42%. De Minister voor LZS heeft, net als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), geen cijfers over hoeveel ggz-instellingen de afgelopen vijf jaar zijn gesloten. Dit komt doordat sluitingen niet gemeld hoeven te worden bij de NZa.

Het is allereerst de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders zelf om hun organisatie financieel gezond te houden. Daarnaast monitoren de zorgverzekeraars door middel van hun *early-warning system* de financiële gezondheid van zorgaanbieders. Wanneer zij risico's zien voor de continuïteit van zorg voor hun verzekerden, dan melden zorgverzekeraars dit volgens de vroegsignaleringsafspraken bij de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze zal de situatie dan monitoren met het oog op de zorgplicht, en de Minister voor LZS houdt via hen een vinger aan de pols. Zie hiervoor

⁶² Kamerstukken 2022/23, 25 424, nr. 671

⁶³ Kamerstukken 2022/23, 25 424, nr. 671

ook het met uw Kamer gedeelde continuïteitsbeleid (Kamerstukken II 2019/20, 32 620, nr. 235).

Vraag 397:

Klopt dat de middelen van ZonMw voor het bevorderen van de kwaliteit, transparantie, kennis en onderzoek binnen de paramedische zorg (€ 10 miljoen tussen 2019 en 2026), gebruikt zullen worden voor de kosten die voortkomen uit het Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie?

Antwoord:

Het programma waar u aan refereert betreft het ZonMw programma paramedische zorg 2023–2026. Het programma stelt € 10 miljoen beschikbaar voor zowel onderzoek als kwaliteitsverbetering in de diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, huidtherapie, logopedie, oefentherapie en optometrie. Dit programma wijzigt niet door het Kwaliteitskader fysio- en oefentherapie. Een klein deel van het programma kan specifiek gebruikt worden voor acties die uit het kader voortkomen. Voor eventuele verdere financiering zal nog nader overleg plaatsvinden met partijen wie waarvoor verantwoordelijk is en welke middelen hiervoor beschikbaar zijn.

Vraag 398:

Worden eventuele toekomstige kostenstijgingen binnen Pallas opnieuw uit maatregelen of meevallers in de Zvw gedekt of uit de algemene middelen?

Antwoord:

Kostenstijgingen als gevolg van inflatie worden gedekt middels de gebruikelijke systematiek van prijsbijstellingen. De dekking van eventuele overige kostenstijgingen binnen het Pallasproject, die de voorziene risicobuffers te boven gaan, vraagt nadere besluitvorming als deze zich voordoen.

Vraag 399:

Wat is de reden dat de bouw van een nieuwe kernreactor niet onder het uitgavenplafond Investerings valt?

Antwoord:

De uitgaven voor plafond Investerings zijn conform huidige begrotingsregels voorbehouden aan fondsmiddelen. De dekking voor de uitgaven voor Pallas komen niet uit een van deze fondsen en vallen daardoor zoals overige reguliere uitgaven onder het plafond Rijksbegroting.

Vraag 400:

Genereert het Pallas-project ook inkomsten voor de VWS-begroting?

Antwoord:

Het Pallas-project zal na oplevering dividenden, rentebaten en aflossingen genereren. De ontvangsten op de aflossingen komen ten goede aan de VWS-begroting, omdat deze destijds als uitgave zijn aangemerkt. De dividenden en rentebaten zijn saldo-relevant en komen ten goede aan de algemene middelen. Deze inkomsten zullen te zijner tijd worden verantwoord op de VWS-begroting.

Vraag 401:

Wat is de actuele stand van zaken van de lopende EU-staatssteuntoets van Pallas?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de brief van het Ministerie van VWS van 19 september jl. is in juli 2022 de prenotificatie voor het staatssteuntraject bij de Europese Commissie gestart. Op dit moment is de Minister van VWS in gesprek met de Europese Commissie en wordt verwacht dat op korte termijn de notificatie kan worden gestart.

Vraag 402:

Bestaat de kans dat de € 265 miljoen die nu in 2024 voor Pallas wordt geraamd op losse schroeven komt te staan wanneer dit als onrechtmatige staatssteun wordt beschouwd?

Antwoord:

Mocht de Europese Commissie besluiten dat de staatssteun onrechtmatig is dan bestaat de kans dat het project en daarmee de € 265 miljoen in de begroting op losse schroeven komt te staan. Op dat moment zal bekeken moeten worden welke gevolgen dit precies heeft voor de voorzieningszekerheid van medische isotopen voor de Nederlandse en Europese patiënt.

Vraag 403:

Wat gaat u er aan doen dat een derde van de mensen die tot de kwetsbare groep behoren, stopt met het gebruik van vitamine D, grotendeels vanwege de kosten?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS heeft uw Kamer hierover op 19 december een separate brief gestuurd (Kamerstukken 2023–2024, 29 477, nr. 866). De Minister van VWS concludeert op basis van de bevindingen uit het onderzoek en het advies van het Zorginstituut dat er geen aanleiding is om de pakketmaatregel vitamine D te herzien. Vanwege methodologische beperkingen van onderzoek naar de effecten van het niet vergoeden van vitamine D lijkt een vervolgonderzoek niet zinvol. Een herhaling van de publiekscampagne over het belang, het gebruik en de verkrijgbaarheid van vitamine D, in het bijzonder gericht op het bereiken van mensen met een taalbarrière of met een migratieachtergrond, is momenteel in voorbereiding en zal vanaf 2024 van start gaan.

Vraag 404:

Kan cijfermatig worden aangegeven welke reductie van de kostengroei van dure geneesmiddelen wordt beoogd met het uitvoeren van een doelmatigheidsonderzoek geneesmiddelen (kosten € 2,4 miljoen)?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over de precieze informatie die u vraagt. De kostenreductie is namelijk afhankelijk van hetgeen in het doelmatigheidsonderzoek wordt onderzocht. Dit kan bijvoorbeeld gaan over maximaliseren van de gezondheidswinst, het optimaliseren van de dosering en behandelduur of een combinatie van deze factoren. Doelmatigheidsonderzoek heeft dus als doel het onderzoeken welke (vorm van) behandeling of diagnostiek het effectiefst is. Dit voorkomt dat niet-effectieve behandelingen en/of diagnostiek worden toegepast en vergoed, hetgeen meestal leidt tot een kostenreductie.

Vraag 405:

Kunt u de kosten voor dure geneesmiddelen uitsplitsen naar intramurale en extramurale geneesmiddelen?

Antwoord:

Extramurale dure geneesmiddelen zijn gedefinieerd als middelen waarvoor de totale vergoeding in het meest actuele jaar hoger is dan

€ 15 miljoen en de gemiddelde vergoeding per gebruiker hoger is dan € 1.000. Voor intramuraal is er geen exacte definitie, maar worden dure geneesmiddelen doorgaans middels een add-on declaratie als extra kosten vergoed.

Uitgaven in miljarden euro's aan extramurale dure geneesmiddelen en intramurale add-on geneesmiddelen.

jaar	2019	2020	2021	2022
Uitgaven dure extramurale geneesmiddelen	0,6	0,6	0,7	0,9 ¹
Uitgaven dure intramurale geneesmiddelen (Add-on's)	2,2	2,3	2,6 ¹	2,6 ¹

¹ Deze jaren zijn nog voorlopig.

Vraag 406:

Kan een overzicht gegeven worden van het meest recent aantal wachtenden op een ggz-intake en behandeling?

Antwoord:

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft uw Kamer per brief van 13 april jl. (Kamerstukken II 2022/23, 25 424, nr. 649) geïnformeerd over de informatiekaart wachttijden van de NZa, die de meest recente cijfers bevat. De NZa publiceert periodiek de informatiekaart wachttijden waarmee het aantal wachtenden op landelijk niveau inzichtelijk wordt gemaakt. De NZa publiceert begin 2024 een nieuwe informatiekaart wachttijden met de actuele cijfers.

Vraag 407:

Hoe staat het met de financiering van Wlz-zorg in de ggz? Hoeveel instroom is er en hoeveel budget is beschikbaar? Klopt het dat het inperken van de instroom in de Wlz-ggz wordt gedekt uit de resterende onverdeelde-groeirimte, en dat de integrale uitkering Wmo aan gemeenten dus wordt gekort? Is deze korting op de Wmo-gelden verantwoord?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de begroting van VWS van 2024, is het bedrag voor de langdurige ggz (zowel zorg in natura als pgb) circa € 2,6 miljard. Zoals aangegeven in de Kamerbrief «Voortgang uitvoering bestuurlijke afspraken langdurige ggz» is de gemiddelde maandelijkse instroom in 2023 circa 250 cliënten.

Het klopt dat er € 45 miljoen vanuit resterende onverdeelde groeirimte is gebruikt om het tekort, als gevolg van de hoge instroom van mensen met een psychische aandoening naar de Wlz, deels te dekken. Er is hierbij echter geen sprake van een uitname uit het Gemeentefonds.

Op het Uitgavenplafond Zorg worden middelen voor volumegroei beschermd wonen gereserveerd. In 2023 is het bedrag voor volumegroei voor 2024 à € 45 miljoen niet uitgekeerd aan gemeenten, omdat er geen sprake is van volumegroei van het aantal cliënten beschermd wonen. De huidige tekorten in het Wlz-kader hebben het kabinet ertoe bewogen om de groeirimte voor 2024 in te zetten daar waar de volumegroei plaatsvindt. Deze middelen zijn daarom ingezet om het tekort dat is ontstaan door de hogere instroom vanuit het gemeentelijk domein van mensen met een psychische stoornis naar de Wlz deels te dekken.

Vraag 408:

Wat wordt er gedaan om de wachttijd in de gespecialiseerde ggz en Wlz-zorg in de ggz te verminderen?

Antwoord:

De Minister voor LZS heeft uw Kamer per brief van 13 april jl. (Kamerstukken II 2022/23, 25 424, nr. 649) geïnformeerd over de aanpak van de toegankelijkheid van de curatieve ggz. In deze brief worden de maatregelen geschetst die in het kader van het Integraal Zorgakkoord en vanuit de Landelijke stuurgroep wachttijden worden genomen op landelijk en regionaal niveau om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren en wachttijden tegen te gaan. Een belangrijk onderdeel van de toegankelijkheid van de curatieve ggz is het borgen van de continuïteit en het realiseren van voldoende toegankelijk ggz aanbod voor patiënten met een hoog complexe zorgvraag, de zogenaamde cruciale ggz. Over de voortgang hiervan zal de Minister voor Langdurige Zorg en Sport uw Kamer nog voor de begrotingsbehandeling nader informeren. Wat betreft de langdurige zorg is het aantal cliënten met een psychische aandoening dat in de Wlz op een plek wacht relatief beperkt (673 cliënten op peildatum 01-10-2023, bron Zorgcijfersdatabank.nl). Wel weten we dat er mensen zijn met een complexe zorgvraag waar op dit moment niet altijd passend aanbod beschikbaar voor is. De Minister voor LZS is daarom met zorgkantoren en zorgaanbieders in gesprek over het beschikbare aanbod voor deze doelgroep en de mogelijkheden om nieuw aanbod te creëren.

Vraag 409:

Kunt u aangeven tot welke resultaten de subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt tot nu toe heeft geleid?

Antwoord:

Sinds de start van de subsidieregeling Veelbelovende Zorg zijn er 24 onderzoeken gehonoreerd. Onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van (nieuwe) zorg ten opzichte van de huidige behandeling neemt tijd in beslag omdat er voldoende follow-up gegevens moeten worden verzameld. De eerste onderzoeken zijn in 2020 gehonoreerd, met een maximale looptijd van zes jaar. In 2024 kunnen de eerste resultaten van de subsidieregeling worden verwacht. Op basis van twee ingediende projectideeën waarin voldoende gegevens beschreven stonden om de stand van de wetenschap en praktijk te bepalen heeft het Zorginstituut een duiding gedaan, beiden waren positief. Hierdoor behoren «Navigatie bronchoscopietechnieken bij verdenking op longkanker»⁶⁴ en «Stamceltransplantatie voor een specifieke groep MS-patiënten»⁶⁵ nu al tot het basispakket van de zorgverzekering.

Vraag 410:

Is de intensivering van € 40 miljoen in de gehandicaptenzorg een eenmalige investering en betekent dit dat de uitgaven voor gehandicaptenzorg in 2025 teruglopen?

Antwoord:

De intensivering is incidenteel beschikbaar gesteld voor 2023 en 2024. De tarieven voor VG7 in 2025 zijn afhankelijk van de resultaten van het kostenonderzoek van de NZa. Momenteel voert de NZa dit kostenonderzoek uit in de gehandicaptenzorg. Dit moet leiden tot nieuwe tarieven per 2025. De onderzoeken vinden in 2023 en 2024 plaats over gegevens uit 2022.

⁶⁴ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2022/07/06/standpunt-navigatie-bronchoscopietechnieken-bij-verdenking-op-longkanker>

⁶⁵ <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2022/12/14/stamceltransplantatie-voor-specifieke-groep-ms-patienten-in-basispakket>

Vraag 411:

Hoe wordt voorkomen dat het herinvoeren van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo 2015 zal leiden tot financiële problemen bij mensen met een beperking?

Antwoord:

Door het inkomens- en vermogensafhankelijke karakter van de eigen bijdrage wordt rekening gehouden met de financiële draagkracht van burgers. Daarnaast hebben gemeenten op dit moment reeds een aantal mogelijkheden om af te wijken van het standaard eigen bijdrage regime (zie art. 3.8, tweede en derde lid van het huidige Uitvoeringsbesluit Wmo 2015). Zo kunnen gemeenten vrijstellingen geven aan cliënten die onvoldoende betalingscapaciteit hebben. Het voornemen is om die afwijkingsmogelijkheden ook in de nieuwe situatie te laten bestaan.

Vraag 412:

Wat wordt bedoeld met «Eigen bijdrage huishoudelijke hulp»? Is het niet zo dat huishoudelijke hulp, samen met verschillende andere Wmo-maatwerkvoorzieningen, ook in 2024 onder het abonnementstarief Wmo valt?

Antwoord:

Het klopt dat huishoudelijke hulp, samen met verschillende andere Wmo-maatwerkvoorzieningen, ook in 2024 onder het abonnementstarief valt. In het coalitie-akkoord van het huidige demissionaire kabinet was echter afgesproken om voor huishoudelijke hulp per 1/1/2025 een separate, inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage in te voeren. Op die eigen bijdrage wordt gedoeld. Het voorstel dat hierover aan de Tweede Kamer was gedaan (zie Kamerstukken II 2022/23, 29 538, nr. 346), is echter bij Voorjaarsnota 2023 ingetrokken. In plaats daarvan is in de Voorjaarsnota 2023 aangekondigd dat per 1/1/2026 het abonnementstarief zal worden afgeschaft en niet alleen voor huishoudelijke hulp een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage zal worden geïntroduceerd, maar voor alle Wmo-maatwerkvoorzieningen waar nu het abonnementstarief op van toepassing is.

Vraag 413:

Hoeveel van het budget van het Nationaal Actieplan Dakloosheid is in 2023 uitgegeven? In hoeverre zijn de doelstellingen van het Nationaal Actieplan Dakloosheid voor 2023 gehaald?

Antwoord:

Voor het Nationaal Actieplan Dakloosheid geldt hetzelfde als voor de aanpak dakloosheid. Om deze reden wordt u graag doorverwezen naar het antwoord op vraag 183.

Het dashboard over de voortgang van het Nationaal Actieplan Dakloosheid is in een Bestuurlijk Overleg tussen Rijk en gemeenten vastgesteld op 26 september jl. Dit dashboard dient als middel om zicht te krijgen op de beoogde transformatie uit het Nationaal Actieplan, de beweging naar betere preventie van dakloosheid, Wonen Eerst en om- en afbouw van de opvang. We verwachten de eerste resultaten in het dashboard en daarmee inzicht in de voortgang van de doelstellingen van het Actieplan in de eerste helft van 2024.

Vraag 414:

Hebben alle regio's inmiddels een vertaling van het Nationaal Actieplan Dakloosheid gemaakt naar een regionaal plan?

Antwoord:

Het Nationaal Actieplan: Eerst een Thuis is door middel van bestuurlijke afspraken tussen zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties en het Rijk bekrachtigd. Eén van de bestuurlijke afspraken is dat alle gemeenten een regionaal plan van aanpak opstellen in lijn met het Nationaal Actieplan. Beleid ter voorkoming van dakloosheid en de beweging van opvang naar wonen is onderdeel van deze plannen. In het dashboard Nationaal Actieplan Dakloosheid dat dit jaar met maatschappelijke partners en gemeenten ontwikkeld is, wordt gemonitord wat hier de voortgang van is. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verwacht van alle centrumgemeenten dat zij in 2024 hun plannen in lijn hebben gebracht met het Nationaal Actieplan.

Vraag 415:

Waar is het eenmalige bedrag van € 14.499.326 in 2023 voor bedoeld?

Antwoord:

Dit bedrag is gereserveerd voor de vereffening van het negatieve eindsaldo van het Algemeen Fonds bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Sinds 2015 wordt de langdurige zorg gefinancierd via de Wet langdurige zorg (Wlz). Daarvoor gebeurde dat via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit het AFBZ. Bij de invoering van de Wlz is geregeld dat het AFBZ tot eind 2022 open zou blijven voor het afwickelen van de resterende vorderingen en verplichtingen van de AWBZ. Het eindsaldo van het AFBZ is definitief vastgesteld op circa € 14,4 miljard negatief en komt ten laste van 's Rijks schatkist. Het betreft een boekhoudkundige transactie binnen de overheid die geen gevolgen heeft voor het EMU-saldo. De resterende € 50 miljoen van het gereserveerde bedrag op de VWS-begroting valt vrij bij Slotwet.

Vraag 416:

Hoe wordt de beschikbare € 2 miljoen voor de aanpak tegen mensenhandel besteed?

Antwoord:

Sinds juli 2019 wordt de beschikbare € 2 miljoen op de begroting van VWS besteed aan het organiseren van opvang voor slachtoffers van mensenhandel met multiproblematiek (OMM). Via de Specifieke Uitkering specialistische functies aanpak Huiselijk Geweld en Kindermishandeling wordt dit bedrag jaarlijks uitgekeerd aan zes centrumgemeenten die in totaal 36 opvangplaatsen realiseren. Het doel van een verblijf in de OMM is om een cliënt dusdanig toe te rusten dat deze persoon in staat is om een zo zelfstandig mogelijk bestaan op te bouwen dan wel door te stromen naar een passende voorziening waar zorg en/of ondersteuning geboden wordt. Het gaat dan om slachtoffers met bijvoorbeeld psychische problemen, een verslaving of een verstandelijke beperking.

Vraag 417:

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:

Op de website Wachtlijst informatie Wlz | Zorgcijfersdatabank.nl worden maandelijks de meest recente wachtlijstcijfers voor de Wlz gepubliceerd. In deze rapportage worden de aantallen wachtenden per wachtstatus getoond, met uitzondering van de wachtstatus «Wacht uit voorzorg»

omdat er bij deze cliënten (nog) geen sprake is van een noodzaak, behoefte of wens tot opname.

De meest recente wachtlijstcijfers zijn van 1 november 2023 (zie onderstaand).

Wachtlijst 1 november 2023 (V&V-sector)

Urgent plaatsen	334
Actief plaatsen	4.133
Wacht op voorkeur	17.978
Totaal	22.445

Vraag 418:

Kan inzichtelijk gemaakt worden per categorie (het terugdringen van de administratieve lasten, de Wet zorg en dwang, het compensatiepakket Zeeland, de hersenletselteams en de inzet van vrijwillige mentoren bij kwetsbare cliënten) hoeveel budget beschikbaar gesteld is?

Antwoord:

Via het begrotingsinstrument subsidies wordt voor het terugdringen van de administratieve lasten € 0,5 miljoen beschikbaar gesteld, voor de Wet zorg en dwang € 1,1 miljoen, het compensatiepakket Zeeland € 1,3 miljoen, de hersenletselteams € 0,6 miljoen en de inzet van vrijwillige mentoren bij kwetsbare cliënten € 0,3 miljoen.

Vraag 419:

Wanneer is het doel om het doorontwikkelen van de toekomstvisie voor de palliatieve zorg af te hebben?

Antwoord:

Het RIVM start in januari met een toekomstverkenning 2050. Deze verkenning is in december 2024 afgerond. Op basis van deze verkenning wordt in 2025 samen met alle partijen in de palliatieve zorg gewerkt aan een toekomstvisie en toekomstagenda. De uitvoering van de toekomstagenda start ná afronding van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (2021–2026).

Vraag 420:

Is er al een beeld wat de nieuwe verdeling van AIOS- opleidingsplekken betekent voor de verschillende opleidingen, zowel financieel, organisatorisch als kwalitatief? Zo ja, wat zijn hiervan de effecten voor alle opleidingen? Zo nee, wordt deze nieuwe verdeelmethode toch doorgevoerd?

Antwoord:

Een evenwichtiger verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten over Nederland heeft tot doel bij te dragen aan betere spreiding van werkzame medisch specialisten over het land, zodat het aanbod van medisch-specialistische zorg beter aansluit bij de regionale zorgvraag. De nieuwe verdeling leidt ertoe dat sommige regio's (relatief) meer opleidingsplaatsen krijgen en andere (relatief) minder. Het totale aantal opleidingsplaatsen per specialisme wordt hierdoor niet beïnvloed. Het nieuwe verdeelcriterium betreft alleen de jaarlijks te verdelen nieuwe opleidingsplaatsen met ingang van 2024. Gezien de lange opleidingsduur van medisch specialisten, vindt de beweging richting een nieuw evenwicht zodoende geleidelijk plaats.

De precieze gevolgen op opleidings- en instellingsniveau zijn niet aan te geven. Behalve dat deze over een reeks van jaren gestalte zullen krijgen, hangen de gevolgen mede af van de afspraken die veldpartijen maken

over de verdeling van opleidingsplaatsen en van de keuzes die individuele instellingen daarbij maken.

Vraag 421:

Is er vanuit het veld bezwaar gemaakt tegen de nieuwe verdeelmethode voor AIOS-opleidingsplekken en wat zijn hiervan mogelijk de consequenties?

Antwoord:

Er is door een aantal veldpartijen bezwaar gemaakt tegen de nieuwe verdeelmethode. De bezwaren zijn momenteel in behandeling. Over lopende zaken kunnen wij geen informatie geven.

Vraag 422:

Kunt u aangeven of en zo ja, hoeveel subsidie de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) in 2024 ontvangt?

Antwoord:

De NPV heeft voor 2024 een subsidieaanvraag gedaan voor lotgenotencontact, informatievoorziening en belangenbehartiging van in totaal € 75.000. Dit bedrag is voor 2024 ook aan hen toegekend.

Vraag 423:

Kan worden aangegeven of (patiënten)organisaties subsidie ontvangen die tegenstrijdige normen en waarden naleven dan het kabinet, zoals rechten van de lhbtq-gemeenschap of het recht op toegang tot abortus? Zo ja, kan worden aangegeven welke (patiënten)organisaties dit zijn, hoeveel middelen zij ontvangen en waar dit in de begroting kan worden teruggevonden?

Antwoord:

Patiënten- en gehandicaptenorganisaties (pg-organisaties) kunnen subsidie ontvangen voor drie taken: het verstrekken van informatie, het aanbieden van lotgenotencontact en belangenbehartiging. Pg-organisaties zijn in grote mate onafhankelijk. Dat betekent dus dat het kan voorkomen dat gesubsidieerde pg-organisaties niet volledig het kabinetsbeleid onderschrijven. Wel gelden er aanvullende voorwaarden voor bijvoorbeeld informatievoorziening. Zo moet deze zoveel mogelijk openbaar en toegankelijk zijn, zoveel mogelijk op B1-niveau worden aangeboden. Bovendien dient het gebaseerd te zijn op de medisch-wetenschappelijke praktijk en de collectief aanwezige ervaringskennis van de achterban. Hier wordt ook steekproefsgewijs op gecontroleerd. Tot op heden is niet gebleken dat pg-organisaties de rechten van de lhbtq-gemeenschap aantasten, dan wel het recht op of toegang tot abortus ontzeggen. Dat zou ook in strijd zijn met de voorwaarde dat informatie in lijn moet zijn met de medische wetenschap en praktijk.

Vraag 424:

Wat is de stand van zaken van de ontwikkeling van «infrastructuur voor stimulering van en ondersteuning bij participatie van burgers en patiënten bij regionale vraagstukken rond zorg en welzijn»? Kunt u aangeven op welke wijze hiermee rekening gehouden wordt met de verandering van problematiek nu armoede oploopt en bestaanszekerheid onder druk staat?

Antwoord:

Doel van de beweging naar passende zorg is integrale gezondheidszorg te bereiken waarin de inwoner en patiënt centraal gesteld is. Dit vraagt de inbreng van burgers, patiënten, cliënten en naasten. Sinds september 2023 wordt er daarom in (zorgkantoor)regio's in Nederland kwartier gemaakt voor de ontwikkeling van een infrastructuur voor regionale

participatie van burgers bij inrichting van zorg en welzijn. Tijdens deze kwartiermakersfase worden voorbereidingen getroffen om een landelijk dekkend netwerk van participatiehubs op te zetten, die stimuleren dat patiënten, cliënten en burgers hun perspectief (gevraagd en ongevraagd) in kunnen brengen bij regionale vraagstukken rond zorg en welzijn. Een participatiehub is een (virtuele) plek waar patiënten-, cliënten- en burgerorganisaties uit de regio samen komen. Het doel is dat er een betere verbinding ontstaat tussen leefwereld van burgers en de zogenaamde «systeemwereld» van professionals en bestuur. Voorzieningen in zorg en welzijn moeten zo beter gaan aansluiten bij wat de samenleving nodig heeft. Vanaf 2024 komen er structureel middelen vrij (8 miljoen per jaar) om deze regionale infrastructuur met participatiehubs vorm te geven en door te ontwikkelen. (Zie Kamerstukken II, 22–2023, 29 214, nr. 95). In de voorbereiding wordt expliciet rekening gehouden met een brede participantenmix.

Vraag 425:

Hoe wordt sociaal werk betrokken bij de ontwikkeling van beleid dat beoogt het bewustzijn ten aanzien van (beperkte) gezondheidsvaardigheden verder te vergroten bij zorgprofessionals?

Antwoord:

In de uitwerking van een aanpak om het bewustzijn bij zorgprofessionals over (beperkte) gezondheidsvaardigheden verder te vergroten, wordt met een groot aantal veldpartijen en brancheorganisaties gesproken. Naar verwachting kan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport uw Kamer in het voorjaar van 2024 informeren over het resultaat. Deze aanpak is aanvullend op dat wat er al gebeurt op dit thema vanuit de verschillende akkoorden en programma's binnen het zorg en welzijn domein. Dit is ook toegelicht in het Schriftelijk Overleg over de versterking van de positie van patiënten en cliënten binnen het zorgsysteem van 30 juni jl.⁶⁶ Een goed voorbeeld is hoe CINOP momenteel in samenwerking met Ecorys vanuit het interdepartementale actieprogramma «Tel mee met Taal» de opdracht Zorg voor Basisvaardigheden 2.0 uitvoert. Hier ligt de focus op het betrekken van zowel zorg- als welzijnsprofessionals bij de integrale aanpak basisvaardigheden. Het doel is om zorg- en welzijnsprofessionals verder te ondersteunen in het herkennen van en omgaan met mensen met lage basisvaardigheden. Ook is het doel hen met een trainingsprogramma praktische handvatten te bieden hoe ze kunnen doorverwijzen naar passend aanbod.

Vraag 426:

Wat is de actuele stand van zaken wat betreft de verkenning naar een kostendekkende vergoeding voor stagebegeleiding via een beschikbaarheidsbijdrage?

Antwoord:

De verkenning naar de mogelijkheden van een kostendekkende vergoeding voor stagebegeleiding is in uitvoering. Hiertoe heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit een onderzoeksopdracht uitgezet bij een extern onderzoeksbureau. Naar verwachting kunnen komend voorjaar de resultaten gedeeld worden met uw Kamer.

Vraag 427:

Deelt u de analyse van de Algemene Rekenkamer dat de Subsidieregeling stageplaatsen zorg II van € 122 miljoen niet leidt tot meer stageplekken? Zo nee, waarom niet?

⁶⁶ Kamerstukken II 2022/23, 29 214, nr. 95

Antwoord:

Nee, deze analyse deelt de Minister voor Langdurige Zorg en Sport niet. De tegemoetkoming in de kosten van stagebegeleiding in de zorg die de Subsidieregeling stageplaatsen zorg II sinds 2008 biedt is ondersteunend aan het totaalpakket waarmee de sector zorg en welzijn werkt aan oplossingen. In studiejaar 2021/2023 is voor 60.124 fte aan stageplekken een subsidie aan 6623 zorgorganisaties verleend.

Vraag 428:

Deelt u de mening dat het Capaciteitsorgaan een onafhankelijk adviesorgaan is, dat op basis van gesprekken met en input van het werkveld komt tot een objectieve raming van de behoefte aan opleidingsplekken? Zo ja, kunt u een nadere onderbouwing te geven van het afwijken van het advies van het Capaciteitsorgaan?

Antwoord:

Het Capaciteitsorgaan heeft als doel het opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg. Het Capaciteitsorgaan rapporteert in zijn Capaciteitsplannen aan het Ministerie van VWS. Omdat wij een objectieve raming van belang achten voor het beschikbaar stellen van voldoende opleidingsplekken is het Capaciteitsorgaan hiermee belast en gezien als een dienst van algemeen economisch belang (DAEB). Dat betekent dat het Capaciteitsorgaan de taak heeft landelijke ramingen te verzorgen, maar onafhankelijk is in de wijze waarop dat gebeurt. Zoals beschreven in de Kabinetsreactie op het Capaciteitsplan 2024–2027 van 13 juni jl., Kamerstukken II, 2022/23. 29 282, nr. 521, worden de adviezen van het Capaciteitsorgaan zoveel mogelijk opgevolgd. Er kunnen verschillende redenen zijn om af te wijken van de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan. In de Kabinetsreactie van 13 juni jl. is per groep opleidingen beschreven hoe om wordt gegaan met de instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan.

Vraag 429:

Bent u bereid om na de vereenvoudiging in wet- en regelgeving met het veld in gesprek te gaan over ingroeiscenario's voor meer opleidingsplekken voor GZ-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten, zodat er voldoende regie-behandelaren beschikbaar zijn?

Antwoord:

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport gaat er vanuit dat u met de vereenvoudiging in wet- en regelgeving de beroepenstructuur van de psychologische beroepen in de wet BIG bedoelt. De groeiende zorgvraag kan niet alleen worden opgevangen met meer en hoger opgeleide behandelaren. Het is nodig om de zorg anders te organiseren, slimmer te gaan werken en passende zorg te leveren door in iedere fase de discipline in te zetten die past bij de hersteldoelen van de patiënt: de juiste medewerker op de juiste plek. Overigens schrijft de Wet BIG niet voor wie er regiebehandelaar mag zijn in de ggz. Afspraken hierover worden gezamenlijk door patiënten, zorginstellingen en zorgverzekeraars afgesproken in het kwaliteitsstatuut ggz.

In dit kader is al de afgelopen jaren fors aanvullend geïnvesteerd in het opleiden van GZ-psychologen: het aantal werkzame GZ-psychologen is de afgelopen jaren met 13% toegenomen. In het verdeelplan zijn ook 965 opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen verdeeld. Dit is een groei van 16% ten opzichte van het aantal opleidingsplaatsen voor 2023. De komende jaren komen steeds meer GZ-psychologen op de arbeidsmarkt als gevolg van deze geïntensiveerde opleidingsinspanningen. Zodoende wordt mede door het volgen van het advies van het Capaciteitsorgaan ervoor gezorgd dat er voldoende regie-behandelaren beschikbaar zijn.

Vraag 430:

Welke rechtmatigheidsissues spelen er met betrekking tot de regeling KiPZ? Voor welke bedragen worden onzekerheden of rechtmatigheden verwacht in 2023, respectievelijk in 2024?

Antwoord:

Aan de verlenging van de Subsidieregeling voor het subsidiejaar 2024 zijn staatssteunrisico's verbonden. Onder meer vanwege jurisprudentie zijn deze risico's door het ministerie als zodanig ingeschat. Met de eenmalige verlenging van de Subsidieregeling KiPZ voor 2024 kunnen deze risico's niet worden weggenomen. De subsidieregeling KiPZ krijgt vanaf 2025 een vervolg in het financiële instrumentarium van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ). Hierbij zal de rechtmatigheid worden geborgd en de regeling overeenkomstig de staatssteunregels worden opgesteld, hetgeen bijdraagt aan de reeds ingeslagen weg om het financieel beheer te verbeteren. De Subsidieregeling KiPZ heeft een subsidieplafond van € 227,5 miljoen voor 2023 en 2024.

Vraag 431:

Hoe groot schat u de risico's op dubbele financiering en op onterechte staatssteun bij de regeling KiPZ? Wat gaat u doen om de risico's te beperken?

Antwoord:

Om het risico op dubbelfinanciering zoveel mogelijk te verlagen zijn mitigerende maatregelen opgenomen in de Subsidieregeling KiPZ. In bijvoorbeeld artikel 4 van de regeling zijn een aantal subsidieregelingen expliciet met naam genoemd waarmee de opleidingen niet mogen samenvallen. Deze lijst is echter niet uitputtend samengesteld, en om die reden dient in het subsidieaanvraagproces verklaard te worden dat er geen sprake is van dubbelfinanciering. Andere maatregelen zijn het overleggen van een controleverklaring door een accountant, het verrichten van steekproeven en het overleggen van een bestuursverklaring. Ten aanzien van de vraag hoe groot de risico's worden ingeschat op onterechte staatssteun, heeft de Minister voor Langdurige Zorg en Sport uw Kamer geïnformeerd in de voorhangbrief van 13 oktober 2023 (Kamerstukken II 2023–2024, 29214–101), namelijk dat de staatssteunrisico's zowel juridisch als financieel als onrechtmatig worden beschouwd. Derhalve kunnen deze risico's niet verder gemitigeerd worden. De subsidieregeling KiPZ krijgt vanaf 2025 een vervolg in het financiële instrumentarium van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ). Hierbij zal de rechtmatigheid worden geborgd en de regeling overeenkomstig de staatssteunregels worden opgesteld, hetgeen bijdraagt aan de reeds ingeslagen weg om het financieel beheer te verbeteren.

Vraag 432:

Lopen ziekenhuizen kans dat ze worden aangeslagen voor door het Ministerie van VWS verstrekte subsidiebedragen voor ziekenhuispersoneel wanneer die als staatssteun worden bestempeld?

Antwoord:

Ongeoorloofde staatssteun mag niet worden uitgekeerd. Voor de verlenging van de KiPZ regeling is echter geconstateerd dat sprake is van staatssteunrisico's waarbij de Minister van VWS alsmede de Minister voor Langdurige Zorg en Sport eenmalige voortzetting van de Subsidieregeling zeer wenselijk vonden vanwege de omvang van de arbeidsmarktproblematiek in de zorg. Tevens wordt veel belang gehecht aan het stimuleren van de ontwikkeling van zorgpersoneel door hen de mogelijkheid te bieden om te kunnen blijven leren. De staatssteunrisico's die zijn

verbonden aan de verlenging van de Subsidieregeling KIPZ zijn meerdere keren besproken met de betrokken brancheorganisaties. Het is daarbij de subsidieontvanger die het financiële risico draagt van door de overheid onrechtmatig verleende staatssteun, hetgeen is ook opgenomen in de voorhangbrief van 13 oktober 2023 (Kamerstukken II 2023–2024, 29 214, nr. 101). De betrokken brancheorganisaties hebben hun achterban hierover geïnformeerd.

Vraag 433:

Wat zijn de ziekteverzuimcijfers voor de gehele sector zorg & welzijn voor 2023 en wat is de verwachting voor 2024?

Antwoord:

In onderstaande tabel wordt het ziekteverzuim in zorg en welzijn in 2023 per kwartaal weergegeven. Na de verzuimpiek ten tijde van Covid-19 is het verzuim weer wat aan het dalen. Wat dit betekent voor 2024 is niet in te schatten.

Verzuimpercentage

	Percentage
Eerste kwartaal 2023	8,1%
Tweede kwartaal 2023	7,0%
Derde kwartaal 2023	6,7%

Vraag 434:

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

Antwoord:

In onderstaande tabel wordt het ziekteverzuim in het derde kwartaal van 2023 per branche weergegeven. Over de spreiding van verzuimcijfers tussen werkgevers en instellingen heeft het Ministerie van VWS geen gegevens.

Verzuimpercentage

	2023 3e kwartaal
Universitair medische centra	5,4%
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	5,6%
Geestelijke gezondheidszorg	6,7%
Huisartsen en gezondheidscentra	6,3%
Overige zorg en welzijn	4,8%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	8,1%
Gehandicaptenzorg	7,3%
Jeugdzorg	6,5%
Sociaal werk	6,9%
Gemiddelde zorg en welzijn (smal)	6,7%

Vraag 435:

Wat zijn de kosten gerelateerd aan ziekteverzuim? Wat is het aantal fte dat door ziekteverzuim gemist wordt per subsector?

Antwoord:

Onderstaande tabel geeft per branche weer hoeveel fte gemiddeld genomen dagelijks niet inzetbaar was vanwege ziekteverzuim in het 2e kwartaal van 2023. Het Ministerie van VWS beschikt niet over cijfers over de kosten van het ziekteverzuim en de kwantitatieve impact van het verzuim op de wachtlijsten.

Zorg en welzijn (smal)	66,381
Universitair medische centra	3,7345
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	10,602
Geestelijke gezondheidszorg	5,814
Huisartsen en gezondheidscentra	1,5708
Overige zorg en welzijn	5,1781
Verpleging, verzorging en thuiszorg	23,7795
Gehandicaptenzorg	10,3056
Jeugdzorg	1,8265
Sociaal werk	3,3912

Vraag 436:

Kunt u aangeven wat de concrete resultaten zijn van zorgorganisaties die gebruik hebben gemaakt van de subsidieregeling «veerkracht en zeggenschap»? Op welke manier vindt er verantwoording plaats over het gebruik van deze subsidieregeling en hoe wordt voorkomen dat subsidiegelden besteed worden aan «overleggen» in plaats van het daadwerkelijk organiseren van een zeggenschapsstructuur?

Antwoord:

De tussentijdse resultaten van de Subsidieregeling «Veerkracht en Zeggenschap» zijn gerapporteerd door de projectorganisatie van het Landelijk Actieplan Zeggenschap (LAZ). Het LAZ heeft voor de tussentijdse evaluatie onderzocht hoe de subsidiemiddelen ingezet worden en wat de tussentijdse ervaringen zijn van professionals die gesubsidieerde actieplannen uitvoeren (zie LAZ-rapportage-tussentijdse-evaluatie.pdf (zeggenschapindezorg.nl). In ziekenhuizen is de subsidie vooral ingezet voor het inrichten van zeggenschapsstructuur, in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Verstandelijk Gehandicaptenzorg (VGZ) zijn met name trainingen over professioneel leiderschap en intervisie georganiseerd en in de ouderenzorg is vooral gericht op het ontwikkelen van zeggenschapsvaardigheden van professionals. Met betrekking tot de ervaringen van professionals is onder andere gebleken dat het uitvoeren van een actieplan bijdraagt aan het gevoel van eigenaarschap doordat zorgprofessionals zich gehoord en gezien voelen en regie krijgen over hun eigen beroepsuitoefening.

De verantwoording over de gesubsidieerde actieplannen kan door organisaties vanaf 1 maart 2024 in het daarvoor bestemde portaal bij DUS-I worden ingediend. De verantwoording bestaat uit een inhoudelijke samenvatting van de uitgevoerde activiteiten. Hierin beschrijft de betreffende organisatie welke activiteiten zijn uitgevoerd en welke resultaten of opbrengsten de betreffende organisatie heeft behaald in het kader van veerkracht en zeggenschap. Daarnaast wordt de betreffende organisatie gevraagd om een specificatie financiële verantwoording. Voor zowel de inhoudelijke als financiële verantwoording zijn verplichte formats vastgesteld.

Tot slot, met de intensieve begeleiding en intervisie vanuit het LAZ is en wordt gestuurd op effectieve besteding van de subsidiemiddelen. Onder meer heeft het LAZ organisaties ondersteund bij het schrijven van actieplannen. Het uitgangspunt van de begeleiding en intervisie is dat door organisaties gewerkt wordt aan het duurzaam borgen van zeggenschap in de structuur en cultuur van organisaties middels effectieve interventies. Daarmee zal op termijn overheidsinterventie op dit thema overbodig moeten worden. Vrijwel alle organisaties die subsidie ontvangen maken gebruik van de beschikbare begeleiding en intervisie.

Vraag 437:

Uit hoeveel zorgreservisten bestaat de Nationale Zorgreserve momenteel?

Antwoord:

Er zijn op dit moment 3790 zorgreservisten.

Vraag 438:

Hoe gaat het Ministerie van VWS, naast het beschikbaar stellen van € 0,5 miljoen, helpen met de voorbereiding op de implementatie van de AI-Act?

Antwoord:

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gaat het zorgveld helpen met de voorbereiding op de implementatie van de AI-Act, door onder meer voorlichtingscampagnes en -bijeenkomsten voor zorgverleners. Om hen te informeren over de implicaties van de AI-Act in de zorgsector.

Verder worden voorbereidingen getroffen voor de implementatie van de AI-Act door onder andere NEN de opdracht te geven om te zorgen voor samenhang en aansluiting tussen Europa en Nederland in relatie tot medische hulpmiddelen. Daarnaast voert VWS een onderzoek uit naar de behoefte in het zorgveld en hun verwachtingen bij de Regulatory Sandboxes. Dit zijn omgevingen waarin toezichthouders AI-ontwikkelaars kunnen helpen bij het oplossen van compliance-vraagstukken. Deze acties dragen bij aan het aansluiten van de praktijk van Nederlandse medtech bedrijven en het Nederlandse zorgveld op de AI-Act.

Vraag 439:

Wat is nu totaal beschikbaar de komende jaren voor de Hervormingsagenda Jeugd en voor welke doelen? Wat gaat er gebeuren met de 511 miljoen euro aan bezuinigingen voor 2025, die nog steeds boven de markt hangen, maar waar geen invulling aan is gegeven?

Antwoord:

De afspraken uit Hervormingsagenda hebben tot doel om een inhoudelijke beweging te maken in combinatie met een stelsel dat houdbaar is voor de toekomst. In bijlage 1 van de Hervormingsagenda is het meerjarig financieel kader voor de Hervormingsagenda opgenomen. Onderdeel hiervan zijn de middelen die dit voorjaar extra beschikbaar zijn gesteld voor 2024 (€ 1,45 miljard) en 2025 (€ 954 miljoen) als onderdeel van de afspraken van de Hervormingsagenda. Daarnaast zijn er op de aanvullende post voor de jaren 2026 en verder nog middelen gereserveerd. Over de invulling van de aanvullende besparing uit het Coalitieakkoord Rutte IV (structureel € 511 mln) dient voor de jaren 2025 en verder nog een besluit te worden genomen.

Vraag 440:

Kunt u via een tabel een overzicht maken van de bezuinigingen op de jeugdzorg sinds de decentralisatie?

Antwoord:

Bij de decentralisatie van de jeugdhulp is een taakstelling ingeboekt. Vanaf 2019 is deze taakstelling verzacht door het beschikbaar stellen van aanvullende middelen. De tabel hieronder geeft inzicht in de resterende taakstelling op het jeugdomein als gevolg van de decentralisatie.

Vraag 440 - Tabel 1 - periode 2015-2021		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Taakstelling decentralisatie	-120	-300	-450	-450	-450	-450	-450
2	Aanvullende middelen jeugd					420	300	913

De uitgaven aan jeugdhulp zijn echter na de decentralisatie verder gestegen. Met de Hervormingsagenda hebben Rijk en gemeenten met

elkaar afgesproken dat de inzet is dat gemeenten de komende jaren minder aan jeugdzorg uitgeven om het stelsel houdbaar te maken voor de toekomst. Vanaf 2027 dient er structureel € 1 miljard minder te worden uitgegeven. Het doel hiermee is de jeugdhulp beter toegankelijk en van betere kwaliteit te maken, maar de betaalbaarheid te verbeteren door de forse uitgavenstijging deels terug te dringen. Daarnaast is er in het coalitieakkoord Rutte IV een aanvullende korting op het jeugd domein ingeboekt vanaf 2024 oplopend tot € 511 miljoen structureel vanaf 2027. Daar staat echter tegenover dat vanuit het Rijk ook extra middelen naar gemeenten gaan. Onderstaande tabel laat zien wat er vanuit het Rijk extra naar gemeenten gaat (regels 1, 3 en 5), wat de geraamde opbrengst is van afspraken in de Hervormingsagenda (regel 2) en de aanvullende taakstelling uit het coalitieakkoord Rutte IV. Voor de jaren 2024 en 2025 zijn vanuit het Rijk extra middelen beschikbaar gesteld om de besparingen in het kader van de Hervormingsagenda en de aanvullende taakstelling uit het coalitieakkoord Rutte IV te verzachten.

Vraag 440 - Tabel 2 - periode 2022-2028	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
1 Aanvullende middelen Hervormingsagenda*	1.614	1.454	1.354	954	367	300	300
2 Maatregel Hervormingsagenda	-214	-374	-374	-374	-961	-1.017	-1.017
3 Aanvullende taakstelling CA Rutte IV			-100	-500	-500	-511	-511
4 Besparingsverlies aanvullende taakstelling CA Rutte IV			100				
*) middelen vanaf 2026 nog op Aanvullende Post of afspraken Hervormingsagenda.							

Vraag 441:

Hoeveel jeugdbeschermers zijn er op dit moment werkzaam, zowel in fte als in aantallen?

Antwoord:

Op initiatief van uw Kamer monitoren het Ministerie van Justitie en Veiligheid en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in samenwerking met de gecertificeerde instellingen met ingang van 1 december 2022 de situatie bij de gecertificeerde instellingen in termen van werkomvang, capaciteit, werklast en wachtlijsten. Uw Kamer ontving hierover rapportages bij de voortgangsbrieven inzake jeugd van januari⁶⁷, juni⁶⁸ en december⁶⁹ 2023. In de monitor wordt het aantal jeugdbeschermers in fte (en niet in aantallen) uitgedrukt. De formatie aan jeugdbeschermers bij alle gecertificeerde instellingen samen is bij de laatste meting op 1 oktober 2023 toegenomen met 76 fte en bedraagt nu 2.543 fte (ten opzichte van 2.467 fte in mei). In deze meting zijn zowel medewerkers inbegrepen die jeugdreclasseringsmaatregelen uitvoeren als ondersteunend jeugdbeschermers/jeugdreclasserders.

Vraag 442:

Kunt u een overzicht geven van de afspraken die zijn gemaakt tussen het demissionaire kabinet en de betrokken partijen over maatregelen die in 2024 dienen te leiden tot een verlaging van de jeugdzorguitgaven van € 374 miljoen? Waarop zijn de bedragen in deze maatregelen gebaseerd?

Antwoord:

Het financiële kader van de Hervormingsagenda houdt rekening met investeringen en besparingen. Voor 2024 wordt bijvoorbeeld gekeken naar wat gemeenten nu zelf al kunnen doen om de reikwijdte van de Jeugdwet scherper te definiëren, het invoeren van jeugdconsulten bij de huisarts alsook een investering in de kwaliteitsagenda.

⁶⁷ Kamerstukken II 2022–2023, 31 839, nr. 921

⁶⁸ Kamerstukken II 2022–2023, 31 839, nr. 964

⁶⁹ Voortgangsbrief Jeugd d.d. 18 december 2023 (Link naar Kamerbrief)

In bijlage 2 van de Hervormingsagenda is een overzicht opgenomen van de maatregelen die gedurende de looptijd van de Hervormingsagenda tot lagere jeugdzorguitgaven moeten leiden. De bedragen in deze tabel zijn zo goed mogelijk kwantitatief gevalideerd, o.a. op basis van het rapport van de stuurgroep «maatregelen financiële beheersbaarheid Jeugdwet», het KPMG-rapport «kwantificeren maatregelen Jeugd» en het advies van de Commissie van Wijzen en de gesprekken hierover tussen Rijk en VNG.

Vraag 443:

Wat zijn de verwachte effecten van de structurele besparingsopgave van € 1 miljard in de Hervormingsagenda Jeugd op de wachtlijsten in de jeugdzorg?

Antwoord:

Met de Hervormingsagenda zetten we in op betere en tijdige zorg en ondersteuning voor jeugdigen en hun gezin die dit nodig hebben én een beheersbaar en daarmee duurzaam financieel houdbaar stelsel. Er zijn o.a. afspraken gemaakt over het verbeteren van de organisatie van de jeugdzorg zodat de beschikbaarheid van jeugdhulp voor kinderen en gezinnen in kwetsbare situaties verbetert en de administratieve lasten worden teruggebracht. Ook is het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) in opdracht van VNG en VWS bezig met het aanpakken van regionale wachttijden. Verwachting is dat deze maatregelen tezamen zullen zorgen voor een afname van de wachtlijsten voor specialistische vormen van jeugdhulp.

Vraag 444:

Wat zijn de verwachte effecten van de structurele besparingsopgave van € 1 miljard in de Hervormingsagenda Jeugd op hulp voor jongeren met een zware hulpvraag?

Antwoord:

Met de Hervormingsagenda zetten we in op goede en tijdige zorg en ondersteuning voor jeugdigen en hun gezin die dit nodig hebben én een beheersbaar en daarmee duurzaam financieel houdbaar stelsel. Er zijn o.a. afspraken gemaakt over het verbeteren van de organisatie van de jeugdzorg zodat de beschikbaarheid van jeugdhulp voor kinderen en gezinnen in kwetsbare situaties verbetert, incl. de zorg en ondersteuning voor jongeren met een zware hulpvraag. De ambitie is dat zij sneller en meer passende (specialistische) hulp zullen ontvangen.

Vraag 445:

Wat zijn de verwachte effecten van de structurele besparingsopgave van € 1 miljard in de Hervormingsagenda Jeugd op garanderen van tijdige en voldoende beschikbaarheid van (hoog)specialistische jeugdzorgvormen?

Antwoord:

Met de Hervormingsagenda zetten we in op betere en tijdige zorg en ondersteuning voor jeugdigen en hun gezin die dit nodig hebben én een beheersbaar en daarmee duurzaam financieel houdbaar stelsel. Er zijn o.a. afspraken gemaakt over het verbeteren van de organisatie van de jeugdzorg zodat de beschikbaarheid van jeugdhulp voor kinderen en gezinnen in kwetsbare situaties verbetert. Ook is het Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd (OZJ) in opdracht van VNG en VWS bezig met het aanpakken van regionale wachttijden. Verwachting is dat deze maatregelen tezamen zullen zorgen voor een afname van de wachtlijsten voor specialistische vormen van jeugdhulp en er sneller en meer passende (specialistische) hulp beschikbaar is.

Vraag 446:

Wat zijn de verwachte effecten van de structurele besparingsopgave van € 1 miljard in de Hervormingsagenda Jeugd op het vinden en behouden van voldoende personeel in de jeugdzorg?

Antwoord:

Met de Hervormingsagenda zetten we in op betere en tijdige zorg en ondersteuning voor jeugdigen en hun gezin die dit nodig hebben én een beheersbaar en daarmee duurzaam financieel houdbaar stelsel. De krapte op de (jeugdzorg) arbeidsmarkt vraagt meer dan ooit om hervormingen. Maatregelen uit de Hervormingsagenda ter verbetering van het jeugdhulpstelsel, zoals het beperken van de reikwijdte en de vereenvoudiging van de uitvoering, zijn noodzakelijk om de knelpunten in de jeugdzorg aan te pakken en te zorgen voor een toekomstbestendige jeugdzorg arbeidsmarkt. We zetten met het programma Toekomstbestendige arbeidsmarkt zorg en welzijn (TAZ) breed in op onder meer het behouden van het bestaande personeel, het slimmer inzetten van sociale en technologische innovaties en op meer uren werken.

Vraag 447:

Wat zijn de totale kosten van jeugdzorg in 2023? Wat zijn de verwachte kosten in 2024?

Antwoord:

Het meerjarig financieel kader voor de Hervormingsagenda is voor 2023 en 2024 € 6,4 miljard (excl indexatie).

Het is nog niet bekend wat gemeenten in 2023 hebben uitgegeven aan jeugdzorg. De middelen voor jeugdzorg zijn onderdeel van de algemene uitkering van het Gemeentefonds, waarvoor beleids- en bestedingsvrijheid geldt. Gemeenten gaan zelf over de verdeling van de beschikbare middelen.

Vraag 448:

Hoeveel euro zal er in 2024 meer aan salarissen voor jeugdzorgmedewerkers uitbetaald worden ten opzichte van 2023?

Antwoord:

Er zijn geen kwantitatieve gegevens beschikbaar over de omvang van de salarissen voor jeugdzorgmedewerkers voor de jaren 2023 en 2024. Er kan wel worden aangegeven dat de salarissen van jeugdzorgmedewerkers in 2024 hoger zullen zijn dan in 2023. Werkgevers- en werknemersorganisaties hebben namelijk onlangs in december 2023 een akkoord bereikt over een nieuwe cao voor de jeugdzorg. De nieuwe cao-jeugdzorg geldt voor twee jaar, van 1 januari 2024 tot en met 31 december 2025. Er is een stapsgewijze loonsverhoging afgesproken tot ruim 12 procent. Per 1 januari 2024 stijgt het salaris van alle medewerkers die vallen onder de cao-jeugdzorg met 8%. Op 1 juli 2024 komt daar 1,25% bij en per 1 maart 2025 nog eens 3%.

Vraag 449:

Hoeveel plekken gesloten jeugdhulp zijn het afgelopen jaar omgebouwd naar een meer «open» setting?

Antwoord:

Uit de cijfers van de Jeugdautoriteit Monitor JeugdzorgPlus blijkt dat de capaciteit van de gesloten jeugdzorg in de tweede helft van 2022 bleef dalen, naar 609 bedden op 1 januari 2023.⁷⁰ In de eerste helft van 2023

⁷⁰ <https://www.jeugdautoriteit.nl/documenten/rapporten/2023/10/05/monitor-jeugdzorgplus-najaar-2023>

vond een verdere daling plaats naar 577 bedden op 1 juli 2023.⁷¹ Het is niet bekend hoeveel van deze plekken gesloten jeugdhulp het afgelopen jaar zijn omgebouwd naar een meer «open» residentiële setting, omdat de transformatie van een gesloten instelling verschillende vormen kan krijgen.

Vraag 450:

Hoeveel plekken gesloten jeugdhulp zijn gesloten? Zijn er voor al de gesloten plekken alternatieven geopend?

Antwoord:

Op 1 januari 2023 betrof de capaciteit van gesloten jeugdhulplocaties 609 bedden. Op 1 juli 2023 waren dit er 577.⁷² Er bestaat geen kwantitatief landelijk beeld waarin de individuele transformaties van gesloten jeugdhulp naar alternatieven of kleinschalige voorzieningen worden gevolgd.

Vraag 451:

Hoe groot is het aantal kinderen in percentage met een migratieachtergrond in de gesloten jeugdzorg?

Antwoord:

Er wordt door Jeugdzorg Nederland niet bijgehouden of kinderen die in de gesloten jeugdhulp worden geplaatst een migratieachtergrond hebben.

Vraag 452:

Hoeveel gesloten residentiële jeugdhulp is er op dit moment nog? Hoeveel residentiële instellingen en ander soort jeugdzorginstellingen staan in de rode cijfers? Op welke schatting is gebaseerd dat € 0,4 miljoen voor het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen voldoende is?

Antwoord:

De Jeugdautoriteit heeft 280 aanbieders in scope, met een omzet van € 2 miljoen of meer voor activiteiten op de Jeugdwet. Daarvan heeft 32% rode cijfers geschreven op basis van het resultaat voor belastingen over het jaar 2022.

Er zijn momenteel 23 geregistreerde locaties van 12 aanbieders voor gesloten residentiële jeugdhulp in Nederland. Op basis van monitoring heeft de Jeugdautoriteit laten weten dat zes aanbieders in het derde kwartaal 2023 een negatief bedrijfsresultaat (voor belasting) laten zien. Het terugdringen van de vrijheidsbeperkende maatregelen is gezamenlijk met de sector ingezet. De € 0,4 miljoen die specifiek op de begroting hiervoor is gereserveerd richt zich op twee projecten. Ten eerste het vervolg van het project «Ik laat je niet alleen» van Jeugdzorg Nederland met als doel gedwongen afzonderen te verminderen. Het vervolgproject heeft als inzet alle vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen. Binnen dit project wordt gewerkt aan definitie, registratie, actieonderzoek en het voorzetten van het lerend netwerk van aanbieders rondom dit thema. Het andere deel van het budget is bestemd voor het Consortium Kleinschaligheid, waarin aanbieders op inhoudelijk vlak samenwerken om te komen tot een kwalitatief goed aanbod van kleinschalige voorzieningen.

De beleidsinzet en het bereik voor het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de residentiële jeugdzorg zijn groter dan deze

⁷¹ <https://www.jeugdautoriteit.nl/documenten/rapporten/2023/10/05/monitor-jeugdzorgpluss-najaar-2023>

⁷² <https://www.jeugdautoriteit.nl/documenten/rapporten/2023/10/05/monitor-jeugdzorgpluss-najaar-2023>

projecten. Zo worden met de invoering van de wet Rechtspositie gesloten jeugdhulp op 1 januari 2024 de voorwaarden voor vrijheidsbeperkende maatregelen strenger en gaat uit van het «nee, tenzij-principe». Daarnaast heeft de Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming onlangs op mijn verzoek een advies uitgebracht over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen op de korte, middellange en lange termijn.⁷³ De Staatssecretaris van VWS streeft ernaar om voor het zomerreces met een beleidsreactie te komen op dit advies. Tenslotte levert het Nederlands Jeugd Instituut in het eerste kwartaal van 2024 een handreiking voor professionals op, waarin alternatieven voor vrijheidsbeperkend handelen worden aangeboden.

Vraag 453:

Wat gaat er gebeuren met de Aanpak Wachtlijden na 2025 als het programma afloopt?

Antwoord:

Tijdens de looptijd van de Aanpak Wachtlijden worden jeugdzorgregio's ondersteund bij het ontwikkelen van een structurele aanpak van wachtlijden zodat de regio's de ingezette aanpak na afloop van het ondersteuningstraject zelf voortzetten. Ook het leernetwerk dat Team Aanpak Wachtlijden heeft opgezet, dat bestaat uit regio's die door TAW ondersteund zijn, draagt in belangrijke mate bij aan samenhang tussen de regio's en borging van de opgedane kennis en ervaring.

Vraag 454:

Hoeveel jeugdhulpregio's hebben een regionaal expertteam?

Antwoord:

In alle 42 jeugdhulpregio's is een team aanwezig.⁷⁴ De VNG commissie heeft zich uitgesproken over de functies en randvoorwaarden van de regionaal expertteams en dat deze in alle 42 jeugdregio's op orde moeten zijn.⁷⁵ De regionaal expertteams worden in hun doorontwikkeling ondersteund door de bovenregionale expertisenetwerken.

Vraag 455:

Hoeveel fysieke bedden of plekken voor hulp zijn er aanwezig bij de acht bovenregionale expertisenetwerken? Hoeveel jongeren worden per jaar geholpen door de acht bovenregionale expertisenetwerken? Kunt u dit uiteenzetten in een tabel?

Antwoord:

De expertisenetwerken zijn bovenregionale expertisenetwerken van professionals om expertise te organiseren en bundelen zodat jongeren met meervoudige problematiek eerder de passende hulp krijgen die zij nodig hebben. De 8 coördinerende gemeenten zetten via de expertisenetwerken onder andere in op individueel maatwerk of realisatie van nieuwe (kleinschalige) zorginitiatieven. Zoals bijvoorbeeld woonvoorzieningen als alternatief/voorkomen van gesloten plaatsing, kleinschalige/intensief begeleid woonvoorzieningen voor jeugdigen met zeer complexe problematiek, externaliserende gedragsproblematiek of autisme, specialistisch ambulante team eetstoornissen als alternatief voor klinische opname en pilots voor nieuwe intensieve behandelteams vanuit verschillende aanbieders. Er wordt niet landelijk gemonitord hoeveel nieuwe plekken gerealiseerd zijn door nieuwe zorginitiatieven of hoeveel kinderen

⁷³ <https://www.rsj.nl/documenten/publicaties/2023/11/13/advies-vrijheidsbeperkende-maatregelen-in-de-open-residentiele-jeugdhulp>

⁷⁴ Contactgegevens expertteams jeugd | VNG

⁷⁵ VNG Notitie ZJO Borging Expertteams in alle Regio's

geholpen worden middels de expertisenetwerken. Zoals de Kamer eerder al geïnformeerd is zijn de expertisenetwerken versterkend en aanvullend op bestaande structuren en nemen zij de verantwoordelijkheid van partijen niet over⁷⁶. De bovenregionale expertisenetwerken zullen in 2024 doorontwikkelen door nieuwe initiatieven op te zetten, consultatie en advies te geven en in te zetten op kennis en leren waarbij ook op landelijk schaal verbinding wordt gelegd.

Vraag 456:

Hoeveel residentiële jeugdhulpinstellingen zijn er in 2023? Hoeveel worden er in 2023 en in 2024 getransformeerd? Hoeveel jongeren zijn hiermee gemoeid?

Antwoord:

In de eerste helft van 2023 zijn er in totaal 35.965 jongeren in jeugdzorg met verblijf geplaatst. Dit betreft uiteenlopende vormen van pleegzorg tot open residentiële zorg en verblijf met behandeling.⁷⁷ Het is echter niet mogelijk om te zeggen hoeveel residentiële jeugdhulpinstellingen er zijn, omdat dit uiteenlopende woonvormen betreft. Met de Hervormingsagenda Jeugd wordt ingezet om jongeren die jeugdhulp nodig hebben zo thuis mogelijk te laten opgroeien. Residentiële jeugdhulp wordt verder getransformeerd naar een zo thuis mogelijke, regionaal georganiseerde kleinschalige vorm.⁷⁸

Vraag 457:

Hoe wordt de € 3 miljoen subsidie voor de Aanpak Wachttijden besteed?

Antwoord:

De regio's die aan de slag gaan met wachttijden worden door Team Aanpak Wachttijden van het OZJ gedurende een periode van ongeveer tien tot twaalf maanden ondersteund. In deze periode worden verschillende instrumenten ingezet, waaronder veranderkundige inzet, procesbegeleiding, opzetten van een leernetwerk en het bieden van hulp en ondersteuning bij het zicht krijgen op het aantal wachtenden en de impact van de aanpak. Al deze instrumenten hebben als doel om bij te dragen aan structureel inzicht en aanpakken van de wachttijden in de regio. Vanwege de verschillende regionale omstandigheden is op voorhand niet exact aan te geven hoe de beschikbare € 3 miljoen wordt verdeeld over deze instrumenten.

Vraag 458:

Hoeveel pleegouders zijn er in Nederland? Met hoeveel neemt dit aantal jaarlijks toe of af?

Antwoord:

De meest recente en beschikbare cijfers dateren uit 2022. In 2022 waren er in totaal 16.608 pleeggezinnen. In 2021 waren dit er 17.548 en in 2020 waren er 17.312 pleeggezinnen. Het aantal pleeggezinnen wordt jaarlijks gemonitord door Pleegzorg Nederland.

Vraag 459:

Wat zijn de specifieke doelen en bestemmingen van de subsidie van € 0,4 miljoen?

⁷⁶ Rijksoverheid Kamerbrief over de implementatie van de expertisecentra jeugdhulp en de aanpak eetstoornissen

⁷⁷ <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/20311NED/table?ts=1702635718857>

⁷⁸ Kamerstukken II, 2022–2023, 31 839, nr. 964.

Antwoord:

De € 0,4 miljoen is specifiek bestemd voor twee projecten die bijdragen aan het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Een ambitie die gezamenlijk met de sector is ingezet. Ten eerste zijn hiermee middelen beschikbaar voor het vervolg van het project «Ik laat je niet alleen» van Jeugdzorg Nederland met als doel gedwongen afzonderen te verminderen. Het vervolgproject heeft als inzet alle vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen. Binnen dit project wordt gewerkt aan definitie, registratie, actieonderzoek en het voorzettend van het lerend netwerk van aanbieders rondom dit thema. Het andere deel van het budget is bestemd voor het Consortium Kleinschaligheid, waarin aanbieders op inhoudelijk vlak samenwerken om te komen tot een kwalitatief goed aanbod van kleinschalige voorzieningen.

Vraag 460:

Wat zijn de cijfers van het gebruik van residentiële jeugdhulp, uitgesplitst in driemilieus en gesloten jeugdhulp? Wat zijn de verwachtingen voor 2024?

Antwoord:

In de eerste helft van 2023 zijn er in totaal 35.965 jongeren in jeugdzorg met verblijf geplaatst. Dit betreft uiteenlopende vormen van pleegzorg tot open residentiële zorg en verblijf met behandeling.⁷⁹ Het is echter niet mogelijk om te zeggen hoeveel residentiële jeugdhulpstellingen er zijn, omdat dit uiteenlopende woonvormen betreft.»

Vraag 461:

Welke jongerenclubs- of organisaties worden betrokken bij het beleid van het Ministerie van VWS in het kader van jongerenparticipatie en ervaringsdeskundigheid? Kunt u deze organisaties uiteenzetten in een lijst en daarbij toevoegen hoeveel subsidie zij daarvoor ontvangen? Op welke andere manieren worden jongeren betrokken bij het maken van jeugdbeleid?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS zet zich in om de betrokkenheid van jongeren en ervaringsdeskundigen te verstevigen binnen het beleid. Zo worden verschillende jongerenorganisaties betrokken op verschillende beleidsdossiers. Voorbeelden hiervan zijn de betrokkenheid van de landelijke koepelorganisaties MIND, NPF en Leder(In) en de Nationale Jeugdraad bij de ontwikkeling en implementatie van de Hervormingsagenda Jeugd, de betrokkenheid van het jongerenpanel de Derde Kamer bij het Nationaal Actieplan Dakloosheid, en ook het betrekken van de ervaringsdeskundige jongeren van stichting ExpEx, namelijk bij het traject om- en afbouw gesloten jeugdhulp. Hiervoor zijn passende middelen beschikbaar via de VWS ontwerpbegroting 2024. Om te zorgen dat jongeren voor hun inzet een passende vergoeding ontvangen wordt binnen het ministerie gewerkt met een vergoedingenkaart. Dit is een handreiking om te komen tot financiële beloning die enerzijds in verhouding is met de te leveren prestatie en anderzijds voldoet aan de eisen van rechtmatigheid. Overzicht van beschikbare financiën 2024 rondom belangenbehartiging jeugd (inclusief lotgenotencontact en informatievoorziening) en jongerenparticipatie.

⁷⁹ <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/dataset/20311NED/table?ts=1702635718857>

Organisatie	Omschrijving	Bedragen 2024
Ieder(in)	Koepelorganisaties beleidskader PGO	Maximaal € 3.666.666,66 Bedrag is voor een deel beschikbaar voor jongerenparticipatie en ervaringsdeskundigheid.
MIND	Koepelorganisaties beleidskader PGO Aanvullende opdracht inzet ervaringsdeskundigheid HA (nog niet definitief)	Maximaal € 1.866.666,66 Bedrag is voor een deel beschikbaar voor jongerenparticipatie en ervaringsdeskundigheid.
NPF	Koepelorganisaties beleidskader PGO	Maximaal € 2.466.666,66 Bedrag is voor een deel beschikbaar voor jongerenparticipatie en ervaringsdeskundigheid.
Nationale Jeugd Raad (NJR)	Instellingssubsidie 2024 belangenbehartiging jeugdigen	€ 2.034.579,00
LOC	Instellingssubsidie medezeggenschap in de jeugdzorg	€ 446.214,00
Jeugd Welzijns Beraad	Landelijke medezeggenschap	€ 38.000,00 via instellingssubsidie LOC
Per Saldo	Instellingssubsidie. Ongeveer 10% is bestemd voor jeugdigen.	€ 1.169.343,00 Ongeveer 10% is bestemd voor jeugdigen.
JongWijs	Projectsubsidie 2023–2025 (totaalbedrag € 268.580,00)	€ 87.860,00
ExpEx	– Amendement Kuiken – Steunpakket Welzijn Jeugd – Projectsubsidie vanaf 2024 (definitieve aanvraag nog niet binnen)	– Periode 2020–2023: € 439.760,00 ontvangen in totaal. – € 150.000,00 in 2021 vanuit Steunpakket – 2024 en 2025 € 70.000,00 per jaar gereserveerd
JoinUs	Subsidie augustus 2023–december 2025. Totaalbedrag subsidie € 665.525,00	€ 250.580,00
MIND Us	Projectsubsidie 2022–2025 Totaalbedrag subsidie € 971.065,00	€ 292.361,00
Stichting de Kleine Ambassade	Meerjarige opdracht 2023–2025 gericht op participatie van kinderen <18 jaar.	€ 95.880,00
Jongerenpanel de Derde Kamer (Aanpak Dakloosheid)	Voorgenomen deel van Nationaal Actieplan Dakloosheid is voor de belangenbehartiging van jongeren.	€ 150.000,00
Stichting Advies- En Klachtenbureau Jeugdzorg – Jeugdstem	Instellingssubsidie ter versterking van de positie van cliënten in de zorg, meer specifiek de jeugdzorg.	Maximaal € 11.541.806,58 Bedrag is voor een deel beschikbaar voor jongerenparticipatie en ervaringsdeskundigheid.

Vraag 462:

Hoe vaak komt het voor dat gezinnen met meerdere complexe problemen geen vast aanspreekpunt hebben – vanuit Jeugdzorg of andere zorgverlener – die helpt om de problemen op te lossen?

Antwoord:

Wanneer er meerdere zorgverleners en partijen betrokken zijn bij een gezin, is het belangrijk dat zij onderling afspraken maken over de taakverdeling. In de Hervormingsagenda Jeugd zetten we in op een beweging richting stevige lokale teams. Een van de kenmerken van een dergelijk team is dat deze teams, zeker voor gezinnen met meerdere complexe problemen, een vast aanspreekpunt hebben totdat de balans is hersteld of om de balans duurzaam te ondersteunen om escalatie te voorkomen. De VNG werkt momenteel samen met gemeenten en relevante partijen aan een richtinggevend kader voor de toegang en stevige lokale teams. Tegelijkertijd is een ondersteuningslijn «stevige

lokale teams» gestart met ondersteuningstrajecten richting gemeenten. Er zijn op dit geen aantallen bekend hoe vaak gezinnen het lokale team momenteel niet als vast aanspreekpunt ervaren.

Vraag 463:

Spelen kinderopvangorganisaties momenteel een formele rol in de preventie of signalering van jeugdproblematiek?

Antwoord:

Kinderopvangorganisaties zijn op grond van artikel 3 Besluit Kwaliteit kinderopvang gehouden een pedagogisch beleidsplan op te stellen dat onder andere ingaat op de wijze waarop de ontwikkeling van een kind wordt gevolgd en gestimuleerd. Daarnaast moet worden ingegaan op de wijze waarop bijzonderheden in de ontwikkeling van het kind of problemen worden gesignaleerd en worden ouders doorverwezen naar passende instanties voor verdere ondersteuning. In de praktijk hebben pedagogisch medewerkers in de kinderopvang een belangrijke rol in de preventie en het signaleren van ontwikkelingsproblematiek.

Vraag 464:

Is er op dit moment een tekort aan goed opgeleide professionals in lokale teams?

Antwoord:

We hebben landelijk te maken met brede tekorten aan personeel, ook voor de zorg geldt dat. De arbeidsmarkt voor de jeugdzorg is krap. Het krijgen en behouden van goed gekwalificeerd personeel voor de jeugdzorg, onder meer met specialistische kennis, is moeilijk. Er zijn echter geen cijfers beschikbaar van het aantal personeelsleden dat werkzaam is voor gemeenten in de toegang bij lokale teams en daarmee ook niet van een eventueel personeelstekort.

We zetten met het programma Toekomstbestendige arbeidsmarkt zorg en welzijn (TAZ) breed in op onder meer het behouden van het bestaande personeel, het slimmer inzetten van sociale en technologische innovaties en op meer uren werken.

Vraag 465:

Wordt er in het versterken van de samenwerking met informele steun(figuren) ook gewerkt aan of getoetst op de vakbekwaamheid van deze figuren? Hoeveel informele steun verwacht u met de € 0,7 miljoen te kunnen bieden?

Antwoord:

Bij het versterken van de samenwerking met informele steunfiguren wordt onder meer ingezet op het vergroten van de vakbekwaamheid van professionals en het ondersteunen van JIMpact. JIMpact is een plan van negen organisaties, met name grote aanbieders van residentiële jeugdzorg, om met de inzet van informele steunfiguren jongeren in een kwetsbare situatie te begeleiden, duurzame zorg in het netwerk te verankeren en zo bijvoorbeeld het aantal uithuisplaatsingen (naar residentiële jeugdzorg) substantieel terug te dringen. Uiteindelijk worden zo'n 3.000 professionals getraind om te werken met de JIM aanpak. Een onderdeel van dit plan is het bieden van laagdrempelige ondersteuning en (peer) support aan informele steunfiguren om zo uitval te voorkomen en hun impact te vergroten.

Vraag 466:

Welke zorgvormen gaan landelijk ingekocht en georganiseerd worden? Hoeveel jongeren maken hier gebruik van?

Antwoord:

Bepaalde zorgvormen worden al landelijk ingekocht in het Landelijk Transitie Arrangement (LTA). In de Hervormingsagenda Jeugd hebben we afgesproken dat een beperkt aantal hoog specialistische en weinig voorkomende jeugdzorgvormen landelijk wordt ingekocht en dat de uitvoering van de landelijke inkoop wordt uitgebreid met beleidsontwikkeling en leveranciersmanagement. De belangrijkste reden om bepaalde vormen van zorg landelijk in te kopen is het bevorderen van de beschikbaarheid van vormen van (soms zeer) specialistische zorg, en voor vaak zeer kwetsbare kinderen en gezinnen. Het vertrekpunt daarbij is: lokaal wat kan, regionaal wat moet en landelijk als sluitstuk voor zeer schaarse en specialistische vormen van zorg. Het gaat om een beperkt aantal hoogspecialistische en weinig voorkomende vormen van jeugdzorg. Daarbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een deel van de hoogspecialistische anorexiazorg, maar ook jeugdhulp in het strafrechtelijk kader. In 2022 hebben ongeveer 7750 jongeren gebruik gemaakt van landelijk ingekochte jeugdhulp van het LTA.

Vraag 467:

Welke obstakels zijn er om specifieke vormen van hoog specialistische zorg op landelijk niveau te organiseren?

Antwoord:

Bepaalde zeer specialistische zorgvormen worden reeds op landelijk niveau ingekocht. Deze zorgvormen worden momenteel in het Landelijk Transitie Arrangement ingekocht, maar we willen op landelijk niveau naar een andere vorm van landelijke inkoop. In de Hervormingsagenda Jeugd zijn afspraken hierover gemaakt. Het vertrekpunt is: lokaal wat kan, regionaal wat moet en landelijk als sluitstuk voor zeer schaarse en specialistische vormen van zorg. Bij de zorgvormen op landelijk niveau gaat het om een beperkt aantal hoogspecialistische en weinig voorkomende vormen van jeugdzorg.

Vraag 468:

Wat is de verwachting voor de komende jaren van het aantal kinderen en gezinnen dat gebruikt maakt van jeugdhulp?

Antwoord:

Er is geen voorspelling beschikbaar wat het verwachte aantal kinderen en gezinnen zal zijn dat gebruik maakt van jeugdhulp de komende jaren. Dit is ook afhankelijk van verschillende factoren. Wel is er op basis van de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) inzicht in de groei van de afgelopen jaren. In de periode van 2015 tot 2020 was de gemiddelde groei van het jeugdhulpgebruik 4,7%⁸⁰. Na een coronadip in de jaren 2020 en 2021 was de groei in 2022 weer 2,2%. In 2015 waren er 363.310 jongeren in jeugdhulp en in 2022 waren er 464.100 jongeren in jeugdhulp. Het CBS publiceert op 30 april 2024 nieuwe cijfers over de groei in 2023.

Vraag 469:

Hoeveel van het budget van € 221,1 miljoen gaat er naar sportverenigingen en sportbonden?

Antwoord:

Van het beschikbare subsidiebudget van € 221,1 miljoen in 2024 gaat naar verwachting circa € 130 miljoen naar sportverenigingen en sportbonden. Het betreft enerzijds subsidies die rechtstreeks aan sportverenigingen ten goede komen, zoals de subsidieregeling Stimulering bouw en onderhoud

⁸⁰ StatLine – Jongeren met jeugdzorg; persoonskenmerken, 2015–2020 (cbs.nl)

sportaccommodaties (BOSA) en andere subsidies gericht op accommodatiebeleid (circa € 82 miljoen). Anderzijds worden subsidies op de verschillende thema's uit het Sportakkoord ingezet waarbij de sportverenigingen en sportbonden de uiteindelijke ontvangers zijn. Voorbeelden hiervan zijn subsidies in het kader van het organiseren van sportevenementen (circa € 9,5 miljoen), topsport (ruim € 32 miljoen) en sportlijn II (circa € 6,5 miljoen).

Vraag 470:

Om welk bedrag gaat het bij de financiële ondersteuning in het creëren van een veilige en integere sport omgeving via het Sportakkoord II?

Antwoord:

Vanuit de beschikbare middelen binnen het Sportakkoord wordt in 2024 een bedrag van circa € 9 miljoen ingezet voor de financiële ondersteuning van een veilige en integere sportomgeving. Zo wordt er ingezet op een goede basisinfrastructuur via organisaties als het Instituut Sport Rechtspraak (ISR). Daarnaast wordt een start gemaakt voor de oprichting van het onafhankelijk integriteitscentrum als meldpunt voor grensoverschrijdend gedrag (momenteel belegd bij Centrum Veilige Sport Nederland vanuit NOC*NSF). Ook wordt via het Sportakkoord II gestimuleerd dat het merendeel van alle sportaanbieders gaat werken met de basiseisen sociale veiligheid en wordt de aanpak tegen racisme en discriminatie in het voetbal (OVIVI) uitgebreid naar meerdere sportbonden.

Vraag 471:

Om welk bedrag in 2024 gaat het bij het toekomstbestendig maken van topsport in Nederland?

Antwoord:

Vanuit de beschikbare middelen op de Sportbegroting wordt in 2024 een bedrag van circa € 51 miljoen ingezet voor de financiële ondersteuning van topsport. Het betreft hier hoofdzakelijk de subsidiebijdrage aan NOC*NSF. Dit bedrag wordt ingezet vanuit een gezamenlijke strategie (Rijk, gemeenten en sport) om te werken aan het zichtbaar maken en vergroten van de maatschappelijke waarde van topsport. Hiermee willen we gezamenlijk de topsport in Nederland toekomst bestendig maken.

Vraag 472:

Hoeveel sportverenigingen maken gebruik van de subsidie voor het verduurzamen en toegankelijk maken van sportaccommodaties?

Antwoord:

De meeste recente complete cijfers hebben betrekking op 2022. In 2022 zijn in totaal vanuit de BOSA-regeling aan 698 sportverenigingen subsidies verstrekt voor het verduurzamen en toegankelijk maken van sportaccommodaties.

Vraag 473:

Waar is het bedrag van € 3,2 miljoen voor de Dopingautoriteit om dopinggebruik tegen te gaan op gebaseerd?

Antwoord:

Elk najaar ontvangt VWS een jaarplan en begroting voor het volgend jaar van de Dopingautoriteit, met het oog op de uitvoering van haar taken zoals vastgelegd in de Wet uitvoering antidopingbeleid. Op basis daarvan wordt bepaald welk bedrag voor de Dopingautoriteit ter beschikking wordt gesteld. In de Ontwerpbegroting 2024 is vooruitlopend op het jaarplan en begroting rekening gehouden met de verwachte uitgaven.

Vraag 474:

Kan een overzicht gegeven worden van subsidieregelingen die niet uitgeput zijn?

Antwoord:

In de ontwerpbegroting 2024 is op pagina's 285 tot en met 290 een overzicht opgenomen van de subsidieregelingen. Aan het begin van het uitvoeringsjaar kan het Ministerie van VWS nog geen inzicht geven over de verwachte uitputting van de subsidieregelingen. In het jaarverslag 2024 wordt per artikel op het instrument subsidies gerapporteerd over de realisaties.

Vraag 475:

Op welke manier wordt er navolging gegeven aan de motie-Chris Simons c.s., (Kamerstuk 20454–193)? Hoe worden initiatieven, zoals de Nationale Kinderherdenking en Theater Na de Dam, die het bewustzijn en de betrokkenheid bij jongeren bevorderen, structureel ingebed in het herdenkingsbeleid?

Antwoord:

De afgelopen periode heeft de Staatssecretaris van VWS een pilot gefinancierd waarin wordt onderzocht of voor deze organisaties een basisinfrastructuur kan worden ingericht die bijdraagt aan het veerkrachtiger maken van het veld Tweede Wereldoorlog. In 2024 financiert de Staatssecretaris van VWS een project om opvolging te geven aan de uitkomsten van de pilot. Daarnaast kunnen deze initiatieven met ingang van 2025 een aanvraag indienen voor een projectsubsidie. Bij honorering van de subsidieaanvraag ontvangen de organisaties voor maximaal vier jaar financiële ondersteuning vanuit VWS voor een inhoudelijke activiteit. Hierdoor is er over een langere periode financiële zekerheid.

Vraag 476:

Hoeveel Indische weduwen (met betrekking tot de backbay-regeling) zijn nog in leven?

Antwoord:

Het is onbekend hoeveel personen nog in leven zijn die in aanmerking zouden komen voor een eventuele Backpay-regeling voor weduwen. Er is geen bestand of archief beschikbaar dat geraadpleegd kan worden om het antwoord op deze vraag te achterhalen.

Vraag 477:

Is het aantal meldingen dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ontvangt op het gebied van alternatieve zorgaanbieders nog ongeveer vijftig per jaar of is een daling of stijging merkbaar?

Antwoord:

Ja, het aantal meldingen dat de IGJ het afgelopen jaar heeft ontvangen over alternatieve zorgaanbieders is ongeveer gelijk gebleven. Er is geen duidelijke daling of stijging merkbaar.

Vraag 478:

Kan worden aangegeven waarom alleen in 2023 en 2024 bij het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) een besparingsverlies van € 140 miljoen staat en niet meer vanaf 2025?

Antwoord:

Het afstel van de GVS-modernisering betekent een structureel besparingsverlies van € 140 miljoen vanaf 2023. Zoals in de tabel 5 en de bijbehorende toelichting aangegeven, wordt dit besparingsverlies in 2023 gedekt

uit het overschot van de loon- en prijsontwikkeling voor de sectoren apotheekzorg- en hulpmiddelen en in 2024 uit de resterende groeiruimte Zvw en de middelen voor prijsbijstelling die zijn overgeheveld vanaf de begrotingsgefinancierde zorguitgaven.

Omdat over de dekking van het besparingsverlies vanaf 2025 nog geen besluit is genomen staat dit niet in tabel 5 opgenomen, maar dit betekent niet dat het besparingsverlies is verdwenen. Het besparingsverlies is komend voorjaar onderwerp van de besprekingen in het kabinet over de begroting 2025.

Vraag 479:

Wat zijn de oorzaken voor het feit dat in 2023 een bedrag van € 811 miljoen minder is uitgegeven aan wijkverpleging dan was voorzien?

Antwoord:

Naar de oorzaken van de toenemende onderschrijdingen in de wijkverpleging is in 2019 een onderzoek door Equalis uitgevoerd. Het Ministerie van VWS heeft destijds het resultaat aan uw Kamer gestuurd (TK 2019/2020, 23 235, nr. 210). Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin gezocht is naar verklaringen voor deze onderschrijdingen, alsmede de vraag of de onderschrijdingen gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van zorg. Het onderzoek laat zien dat met name het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars en de toenemende arbeidsmarktproblematiek de belangrijkste verklaringen vormen voor de onderschrijding op het financieel kader wijkverpleging. Het onderzoek laat overigens ook zien dat cliënten nog steeds de zorg krijgen die zij nodig hebben, maar dat de druk op de wijkverpleging toeneemt. Door ziekteverzuim en personeelstekorten loopt de druk op de wijkverpleging steeds verder op.

De branchevereniging ActiZ heeft SiRM in 2023 opdracht gegeven onderzoek te doen naar de beschikbaarheid van wijkverpleging. Op basis van dit onderzoek concludeert SiRM dat de beschikbaarheid steeds verder afneemt door een afnemende capaciteit en ziekteverzuim. Terwijl de vraag naar wijkverpleging niet minder wordt. Investerings, zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord (IZA), zijn nodig.

In het kader van het IZA wordt momenteel hard gewerkt aan de aanpak van de bovengenoemde oorzaken van de onderbesteding. Inmiddels is een verdiepingsonderzoek gestart naar de onderbesteding aan de hand van een cliëntvolgend onderzoek, waarmee we nog beter antwoord hopen te kunnen geven op de oorzaken van de onderbesteding en of er nog aan de zorgvraag wordt voldaan. De resultaten van dit onderzoek verwachten we bij de Mid Term Review (MTR) van het IZA (eerste helft 2024) te betrekken.

Vraag 480:

Heeft de onderschrijving op de wijkverpleging nog gevolgen gehad voor de kwaliteit en/of de omvang van de verleende zorg in de wijk

Antwoord:

Steeds meer mensen hebben thuis zorg nodig terwijl het lastiger wordt om genoeg personeel te vinden. Ondanks deze uitdagingen ziet de IGJ in haar beeld van de wijkverpleging⁸¹ dat cliënten bij de meeste zorgaanbieders professionele en veilige zorg krijgen, die past bij hun persoonlijke situatie. Deze zorgaanbieders bewaken en verbeteren steeds de kwaliteit van zorg. Wijkverpleegkundigen hebben hierin een cruciale rol.

⁸¹ IGJ 2023, Beeld van de wijkverpleging Beeld van de wijkverpleging in 2022 | Publicatie | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl)

Vanuit het onderzoek dat Actiz door SiRM⁸² heeft laten uitvoeren in het afgelopen jaar zien we wel dat de beschikbaarheid onder druk staat. Dit onderzoek laat zien dat er soms minder uren geleverd worden dan geïndiceerd en dat de druk op mantelzorgers en zorgverleners uit aanpalende sectoren hoger wordt. Inmiddels is een verdiepingsonderzoek gestart waarbij we in enkele regio's cliënten met een vraag naar wijkverpleging volgen. De resultaten van dit onderzoek worden in het voorjaar van 2024 verwacht (en betrokken bij de Mid Term Review van het Integraal Zorgakkoord).

Vraag 481:

Welke verklaringen zijn er voor het feit dat zowel in de eerstelijnszorg als in de tweedelijnszorg structureel minder uitgaven worden verwacht, zoals blijkt uit tabel 5A?

Antwoord:

Met de actualisatie van de zorguitgaven worden periodiek de actuele verwachtingen van verzekeraars over de uitgaven in Zvw-sectoren vergeleken met de begrotingsstanden. Uit de actualisaties met het oog op de begroting 2024 komen voor wat betreft de eerstelijnszorg met name lagere dan geraamde uitgaven voor fysiotherapie naar voren. Voor de tweedelijnszorg gaat het voornamelijk om lagere uitgaven voor geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf.

Vraag 482:

Wat is de reden dat de raming voor grensoverschrijdende zorg met € 27 miljoen structureel is verlaagd?

Antwoord:

Het Zorginstituut heeft in augustus 2023 gegevens van zorgverzekeraars ontvangen met betrekking tot de geraamde uitgaven voor grensoverschrijdende zorg in 2023. Deze ramingen zijn gebaseerd op de declaraties die door de verzekeraars in het eerste halfjaar van 2023 zijn ontvangen plus een inschatting van die verzekeraars van wat er nog in 2023 aan grensoverschrijdende zorg gedeclareerd gaat worden. Hieruit volgde een neerwaartse bijstelling van circa € 27 miljoen. Omdat er geen aanleiding was te veronderstellen dat deze bijstelling een incidentele oorzaak heeft, is deze bijstelling structureel verwerkt.

Vraag 483:

Wat doet u eraan om te voorkomen dat de onderbesteding in de wijkverpleging zich herhaalt in 2024?

Antwoord:

In het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt hard gewerkt aan de aanpak van de oorzaken van de onderbesteding. Zo hebben de zorgverzekeraars expliciet toegezegd dat zij IZA-conform gaan inkopen om de doelstellingen van het IZA te behalen. Parallel daaraan wordt met het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging ingezet op de aanpak van de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Verder is de onderbesteding bij de wijkverpleging een aandachtspunt tijdens de Mid Term Review (MTR) van het IZA. Op basis van de MTR kan besloten worden over het eventueel bijsturen (aanscherpen en intensiveren) van de inhoudelijke afspraken.

⁸² SiRM 2023, Onderzoek naar de beschikbaarheid van de wijkverpleging Onderzoek naar de... | SiRM – Strategies in Regulated Markets

Vraag 484:

Betekent de incidentele verwerking van de onderuitputting in 2023 dat de niet-bestede middelen voor wijkverpleging uit 2023 niet alsnog zullen worden besteed aan de wijkverpleging, in komende jaren?

Antwoord:

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn jaarlijkse budgettaire kaders voor o.a. de wijkverpleging afgesproken voor de jaren 2023–2026. Gezien de verwerking in 2023 een incidenteel karakter heeft, blijven de in het IZA afgesproken budgettaire macrokaders vanaf 2024 beschikbaar om de doelen van het Integraal Zorgakkoord te realiseren. Onderschrijdingen van het kader in 2023 kunnen niet mee worden genomen naar volgende jaren.

Vraag 485:

Bent u het ermee eens dat de niet bestede middelen voor wijkverpleging ook in 2024 moeten worden besteed aan wijkverpleging aangezien de vraag naar wijkverpleging (o.a. casemanagement dementie) er wel degelijk is (zie wachttijden Nederlandse Zorgautoriteit (Nza))?

Antwoord:

In het kader van het Integraal Zorgakkoord wordt hard gewerkt aan de aanpak van de oorzaken van de onderbesteding. Zo hebben de zorgverzekeraars expliciet toegezegd dat zij IZA-conform gaan inkopen om de doelstellingen van het IZA haalbaar te maken. Parallel daaraan wordt met het Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging ingezet op de aanpak van de toenemende krapte op de arbeidsmarkt.

Verder is de onderbesteding bij de wijkverpleging een aandachtspunt tijdens de Mid Term Review (MTR) van het IZA in de eerste helft van 2024. Op basis van de MTR kan besloten worden over het eventueel bijsturen (aanscherpen en intensiveren) van de inhoudelijke afspraken.

Vraag 486:

Welke verklaringen zijn er voor het feit dat zowel in de eerstelijnszorg als in de tweedelijnszorg structureel minder uitgaven worden verwacht, zoals blijkt uit tabel 5A? Hoe verhoudt zich dit tot de inzet op een verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn?

Antwoord:

Met de actualisatie van de zorguitgaven worden periodiek de actuele verwachtingen van verzekeraars over de uitgaven in Zvw-sectoren vergeleken met de begrotingsstanden. Uit de actualisaties met het oog op de begroting 2024 komen voor wat betreft de eerstelijnszorg met name lagere dan geraamde uitgaven voor fysiotherapie naar voren. Voor de tweedelijnszorg gaat het voornamelijk om lagere uitgaven voor geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf.

De actualisaties worden voor wat betreft de IZA-sectoren MSZ, GGZ, Wijkverpleging, Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorgverlening incidenteel verwerkt, gelet op de meerjarige financiële afspraken voor deze sectoren in het IZA. De inzet op een verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn komt tot uitdrukking in relatief hoge beschikbare groei bij de eerste lijn (Wijkverpleging, Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorgverlening) tegenover lagere ruimte voor groei bij de tweede lijn (MSZ, GGZ).

Vraag 487:

Wat is de reden dat de raming voor grensoverschrijdende zorg met € 27 miljoen structureel is verlaagd?

Antwoord:

Het Zorginstituut heeft in augustus 2023 gegevens van zorgverzekeraars ontvangen met betrekking tot de geraamde uitgaven voor grensoverschrijdende zorg in 2023. Deze ramingen zijn gebaseerd op de declaraties die door de verzekeraars in het eerste halfjaar van 2023 zijn ontvangen plus een inschatting van die verzekeraars van wat er nog in 2023 aan grensoverschrijdende zorg gedeclareerd gaat worden. Hieruit volgde een neerwaartse bijstelling van circa € 27 miljoen. Omdat er geen aanleiding was te veronderstellen dat deze bijstelling een incidentele oorzaak heeft, is deze bijstelling structureel verwerkt.

Vraag 488:

Kunt u nader toelichten waarvoor de groei ruimte Zvw in 2024 oorspronkelijk bedoeld was en waar deze uiteindelijk voor is aangewend?

Antwoord:

De groei ruimte is bedoeld om de raming van de zorguitgaven rekening te laten houden met de volumegroei bij ongewijzigd beleid. Op grond van demografische en overige autonome ontwikkelingen neemt de vraag naar zorg ieder jaar toe. De groei ruimte Zvw wordt elke vier jaar, bij het begin van een kabinetsperiode, vastgesteld op basis van de MLT-ramingen van het CPB. De maatregelen die een kabinet afspreekt hebben invloed op de feitelijke groei ruimte. Vervolgens wordt in de VWS-begroting jaarlijks een technische verdeling van de groei ruimte gemaakt naar de verschillende sectoren in de Zvw voor het jaar erna. Een uitzondering hierop zijn de sectoren waarvan financiële kaders zijn afgesproken in het IZA (MSZ, GGZ, Wijkverpleging, Huisartsen en MDZ). De groei ruimte van deze vijf sectoren is bij de start van het IZA reeds aan die sectoren toegedeeld voor de looptijd van het IZA.

Na het verwerken van de meerjarige financiële afspraken in het IZA en de reguliere verdeling van de groei ruimte voor overige Zvw sectoren resteert een deel van de groei ruimte (€ 88,5 miljoen). Deze is onder andere ingezet voor incidentele besparingsverliezen bij de maatregelen sturing op doelmatigheid via de tarieven en de GVS-modernisering. Met deze maatregelen uit Rutte III en IV zijn besparingen ingeboekt die niet gehaald zullen worden in 2024. Daarnaast is meerjarig € 32 miljoen ingezet voor de publieke investering in Pallas.

Inzicht in het daadwerkelijk aanwenden van de beschikbare middelen verkrijgt VWS op basis van de periodieke actualisatiecijfers vanuit het Zorginstituut. Hierover rapporteert het Ministerie van VWS periodiek aan uw kamer.

Vraag 489:

Hoe vindt besluitvorming over groei ruimte Zvw plaats?

Antwoord:

Normaliter wordt elke vier jaar, bij het begin van elke kabinetsperiode, de raming van de groei ruimte Zvw geactualiseerd. Dit gebeurt op basis van de onafhankelijke middellange termijn (MLT)-zorg raming van het CPB. Deze nieuwe groei ruimte wordt doorgaans op de post «nominaal en onverdeeld Zvw» van de VWS-begroting gezet. Elk jaar wordt in de ontwerp-begroting vervolgens de groei ruimte voor het volgende jaar over de Zvw-sectoren verdeeld. De basis van deze verdeling vormt de onafhankelijke MLT-zorg raming van het CPB, maar ook nieuwere inzichten over de Zvw-sectoren (bijv. actualisaties) kunnen meegenomen worden. Deze verdeling maakt het Minister van VWS.

Uitzondering op dit proces zijn de sectoren van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Voor deze sectoren ligt de groei ruimte gedurende de IZA-periode (4 jaar) vast en is na het afsluiten van het IZA de groei ruimte voor meerdere jaren al uitgedeeld. Deze groei ruimteverdeling volgt de afspraken die het

Ministerie van VWS met IZA-partijen hebben gemaakt over de groei van de IZA-sectoren.

Vraag 490:

Resteert er nog groeiruinthe Zvw in de huidige begroting voor 2024 of andere jaren? Zo ja, hoeveel en waarvoor?

Antwoord:

De beschikbare groeiruinthe Zvw voor 2024 is inmiddels verdeeld over de verschillende Zvw-sectoren. Die groeiruinthe is nodig om de autonome volumegroei van de zorguitgaven op die sectoren op te vangen.

Voor de Zvw-sectoren van het Integraal Zorgakkoord (IZA) is de groeiruinthe bij het afsluiten van het IZA meerjarig vastgelegd en voor alle akkoordjaren uitgedeeld.

Voor de niet IZA-sectoren is op dit moment voor de jaren na 2025 nog groeiruinthe gereserveerd op de post «nominaal en onverdeeld Zvw» van de VWS-begroting. Deze groeiruinthe is nodig om de *toekomstige* autonome volumegroei van de zorguitgaven op die sectoren op te vangen. De groeiruinthe is gebaseerd op de onafhankelijke middellange termijn (MLT)-zorgraming van het CPB. Het CPB maakt een inschatting hoeveel de Zvw gaat groeien op basis van demografische ontwikkelingen, inkomensontwikkelingen en overige ontwikkelingen (bijvoorbeeld nieuwe behandelingen, kwaliteitsverbeteringen en nieuwe technologie).

Vraag 491:

Wat is tot op heden in 2023 feitelijk uitgegeven aan paramedische herstellzorg covid? Kunt u zeggen hoeveel mensen hier in het afgelopen jaar gebruik van hebben gemaakt? Welke kosten zijn in dit kader voorzien voor 2024 en latere jaren? Wanneer wordt een besluit verwacht over de wijze van bekostiging daarvan?

Antwoord:

Het aantal patiënten dat in 2023 tot en met augustus gebruik heeft gemaakt van paramedische herstellzorg is volgens de declaratiecijfers ongeveer 17.000. Er zijn nog geen declaratiecijfers beschikbaar voor de periode na augustus van dit jaar. Naar verwachting zullen circa 28.000 patiënten in 2023 gebruik hebben gemaakt van de paramedische herstellzorg.

Tot en met augustus is er, aan de hand van de declaratiecijfers, € 11,7 miljoen uitgegeven. Dit wijkt af van de daadwerkelijke kosten omdat veel trajecten in de laatste declaratiecijfers nog incompleet zijn. Voor 2024 is voor deze regeling € 50 miljoen geraamd, gebaseerd op de declaratiecijfers uit 2022. De regeling loopt tot 1 januari 2025. Voor latere jaren, na 2024, is daarom niets geraamd. Op dit moment is het Zorginstituut bezig met een beoordeling van de effectiviteit van paramedische herstellzorg. Het Zorginstituut komt in 2024, bij een positieve duiding, met een pakketadvies over de eventuele opname van paramedische herstellzorg in het basispakket. Het pakketadvies zal ook een budgetimpactanalyse bevatten. Aan de hand daarvan kan indien nodig een raming gemaakt worden voor na 2024.

Vraag 492:

Wat is tot op heden uitgegeven aan paramedische herstellzorg covid?

Antwoord:

De totale kosten op basis van de declaratiecijfers sinds juli 2020 tot en met augustus 2023 komen uit op € 190,5 miljoen.

Vraag 493:

Betekent het feit dat de Kamer de tranchering van het eigen risico controversieel heeft verklaard ook dat de aangekondigde verbreding van die tranchering naar «overige zorgproducten» wordt opgeschort?

Antwoord:

De AMvB over de tranchering van het eigen risico die op 30 juni 2023 naar de Eerste en Tweede Kamer is gestuurd⁸³ ziet toe op een tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg. De tranchering van het eigen risico geldt voor alle typen prestaties in de medisch-specialistische zorg, dat wil zeggen diagnosebehandelcombinaties (dbc's) en overige zorgproducten (ozp's). Voor zowel dbc's als ozp's geldt nu het verplicht eigen risico. Door het controversieel verklaren van deze AMvB op 12 september 2023 is dus de tranchering voor zowel dbc's als ozp's in de medisch-specialistische zorg opgeschort.

In de brief aan de Tweede Kamer van 19 januari 2023 was aangekondigd dat verkend zou worden of een tranchering van het eigen risico meerwaarde zou hebben in andere sectoren dan de medisch-specialistische zorg. In de Nota van Toelichting bij de AMvB over de tranchering van het eigen risico die op 30 juni 2023 naar beide Kamers is gestuurd is aangegeven dat die verkenning is afgerond en dat een uitbreiding naar andere sectoren onvoldoende meerwaarde biedt.

Vraag 494:

Waarvoor worden de middelen voor extra medisch specialistische zorgopleidingen vrij gemaakt? Voor welke opleidingen komen er extra plekken en hoeveel extra plekken komen er?

Antwoord:

Zoals aangegeven in de kabinetsreactie op het Capaciteitsplan⁸⁴ is bij de medisch-specialistische opleidingen het advies van het Capaciteitsorgaan overgenomen. Dat betekent dat bij sommige opleidingen meer instroomplekken beschikbaar worden gesteld en bij andere minder. Voor alle medisch-specialistische en direct aanverwante opleidingen tezamen worden in 2024 1245 instroomplekken beschikbaar gesteld, een stijging met 27 plekken ten opzichte van 2023.

In onderstaande tabel is weergegeven voor welke medisch-specialistische opleidingen in 2024 meer nieuwe plekken beschikbaar zijn ten opzichte van 2023 en hoeveel.

⁸³ Kamerbrief over voorhang ontwerpbesluit tranchering eigen risico medisch-specialistische zorg | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl

⁸⁴ Kamerstukken II 2022/23, 29 282, nr. 521

Specialisme	Stijging t.o.v. 2023
Dermatologie, venerologie	4
Interne geneeskunde	10
Kindergeneeskunde	6
Klinische genetica	1
Klinische geriatrie	3
Longziekten en tuberculose	2
Medische microbiologie	2
Neurochirurgie	1
Neurologie	1
Oogheelkunde	3
Pathologie	1
Plastische chirurgie	5
Radiotherapie	1
Reumatologie	2
Urologie	1
Spoedeisende geneeskunde	2

Vraag 495:

Hoe verhoudt de invoering van alternatieve vormgeving CA-maatregel eigen risico tot het besluit van de Tweede Kamer om het benodigde wetsvoorstel voor deze wijziging controversieel te verklaren?

Antwoord:

Door de controversieel verklaring wordt de voorhangtermijn opgeschort. Het Ministerie van VWS zal op dit moment niet verder gaan met de tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg. De AMvB met het voorstel voor de tranchering van het eigen risico zal niet aan de Raad van State worden voorgelegd. Het controversieel verklaren van de AMvB betekent dat er vanaf het jaar 2025 een besparingsverlies van € 200 miljoen ontstaat. Hiervoor moet in het voorjaar nog dekking gevonden worden.

Vraag 496:

Hoeveel mensen in Nederland hebben op dit moment recht op zorgtoeslag, maar maken hier geen gebruik van? Kunt u een overzicht geven van deze aantallen van 2010–2023 (pagina 128)? Welke zorgvormen vallen allemaal niet onder het eigen risico?

Antwoord:

Onderzoek van SEO & Centerdata (2022) laat zien dat het niet-gebruik van de zorgtoeslag rond de 11% bedraagt en stabiel is gebleven over de periode 2010–2020 met een uitschieter in 2008 van 17%. Er zijn geen schattingen gemaakt voor recentere jaren. Met ongeveer 5 miljoen huishoudens die in 2023 zorgtoeslag ontvangen, betekent dit dat het aantal niet-gebruik rond de 500.000 ligt met een niet-gebruik van 11%. Voor de volgende zorg uit het basispakket hoeft geen eigen risico te worden betaald:

- huisartsenzorg (waaronder de huisartenpost);
- verloskundige en kraamzorg;
- de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de 20-wekenecho;
- bepaalde zorg bij een aantal chronische ziekten;
- wijkverpleging;
- nacontroles bij orgaandonaties.
- reiskosten bij orgaandonaties;
- gecombineerde leefstijlinterventie.

Vraag 497:

Hoeveel eerstelijnsverblijfbedden zijn er?

Antwoord:

Er is geen sluitend beeld van het aantal eerstelijnsverblijf bedden. Wel is het aantal unieke cliënten en het aantal ligdagen bekend. Zorgaanbieders beschikken over een tijdelijke bedden capaciteit die zij afhankelijk van de vraag inzetten. Uit data van Vektis blijkt dat in 2021 ongeveer 35.000 cliënten gebruik hebben gemaakt van het eerstelijnsverblijf in de Zorgverzekeringswet (waarvan ongeveer 8.000 hoogcomplex en ongeveer 21.000 laagcomplex). Daarnaast zijn er ongeveer 52.000 cliënten die revalideren in de geriatrische revalidatiezorg.

Vraag 498:

Wat wordt in de alinea «Overheveling naar Wlz voor paramedische zorg» bedoeld met «op den duur»? Kunt u een schatting geven aan welke tijdspanne dan gedacht moet worden?

Antwoord:

Naar verwachting duurt het enkele jaren voordat de Wlz-zorginstellingen volgens de wettelijke aanspraak gaan werken. Dit komt doordat zorgkantoren en zorginstellingen dit moeten meenemen in hun contractafspraken, zorginstellingen hun interne procedures moeten aanpassen en eventueel extramuraal werkende paramedici moeten worden gecontracteerd. Zorginstellingen geven aan dat het tempo van het wijzigen van de uitvoeringspraktijk ook afhangt van het vereenvoudigen van de huidige, complexe Wlz-aanspraak op paramedische zorg. Deze vereenvoudiging heeft de Minister voor LZS aangekondigd in de brief aan de Kamer van 17 mei jl⁸⁵. Vermoedelijk zal het volgende kabinet hierover een besluit nemen.

Vraag 499:

Kunt u, naast de in de begroting opgenomen raming voor apotheekzorg, een meerjarig overzicht geven van de geraamde bedragen voor de overige (intramurale) geneesmiddelen die in de verschillende zorgsectoren worden uitgegeven?

Antwoord:

Er worden door het Ministerie van VWS geen ramingen gemaakt voor toekomstige uitgaven aan intramurale geneesmiddelen. Echter, in het IZA is afgesproken dat gestreefd wordt de stijging van de dure intramurale geneesmiddelen binnen de medische specialistische zorg (MSZ) gedurende de IZA-periode (2023–2026) te beperken tot een groei van maximaal 7%.

Er zijn wel (voorlopige) realisatiecijfers bekend van de dure intramurale geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen in de MSZ over het jaar 2023 en de jaren daarvoor. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de uitgaven aan dure intramurale geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen in de MSZ.

Uitgaven aan dure en weesgeneesmiddelen (in miljarden)

	2019	2020	2021	2022	2023 ¹
Kosten dure en weesgeneesmiddelen	2,2	2,3	2,6	2,6	2,7

¹ Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2e suppletore wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e suppletore wet nieuwere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2e suppletore wet, omdat deze bijstelling pas budgettair verwerkt zal worden in het aankomende VWS jaarverslag.

⁸⁵ Kamerstukken II 2022/23, 32 793, nr. 704.

Vraag 500:

Is (bij de wijkverpleging) een onderuitputting van € 0,8 miljard niet buitenproportioneel groot in verhouding tot het vastgestelde kader van ca. € 4 miljard, mede gelet op de vraag naar zorg, en met name naar casemanagement dementie, die er wel degelijk is en waarin onvoldoende wordt voorzien?

Antwoord:

De omvang van de onderschrijding is aanzienlijk ten opzichte van het totale beschikbare kader voor de wijkverpleging. Kanttekening daarbij is dat de onderschrijding in een aantal jaar is ontstaan. Bij het afsluiten van het Integraal Zorgakkoord (IZA) is € 600 miljoen aan onderbesteding in 2022 in het kader gebleven in de verwachting dat de uitgaven op korte termijn zouden toenemen. Verder is in het IZA een ruime volumegroei (ten opzichte van andere sectoren) afgesproken. Tot slot is de verwachte onderbesteding niet gecorrigeerd voor uitgaven in het kader van het IZA fonds wijkverpleging (€ 75 miljoen).

Om beter inzicht te krijgen in welke mate aan de zorgvraag naar wijkverpleging wordt voldaan, heeft Brancheorganisatie ActiZ in 2023 SiRM de opdracht gegeven onderzoek te doen. Op basis van dit onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging concludeert SiRM dat door afnemende capaciteit en ziekteverzuim de beschikbaarheid steeds verder afneemt, terwijl de vraag naar wijkverpleging niet verminderd. Investerings, zoals afgesproken in het IZA, zijn nodig.

Er is inmiddels een verdiepingsonderzoek gestart naar de onderbesteding aan de hand van een cliëntvolgend onderzoek. Hiermee willen we nog beter inzicht krijgen in de oorzaken van de onderbesteding en of weten of aan de zorgvraag naar wijkverpleging wordt voldaan. De resultaten van dit onderzoek verwachten we bij de Mid Term Review (MTR) van het IZA (zomer 2024) te betrekken.

Vraag 501:

Wat is de ontwikkeling in de verdeling van het aantal cliënten in de Wlz dat gebruik maakt van intramurale of extramurale wlz-zorg in de periode 2015–2023? Kan daarbij een uitsplitsing gemaakt worden naar de ontwikkeling van het aantal cliënten dat kiest voor modulair-pakket-thuis (MPT) of volledig-pakket-thuis (VPT)?

Antwoord:

In onderstaande tabel treft u het aantal Wlz-cliënten aan naar leveringsvormen verblijf, vpt en mpt. De cijfers voor het gehele jaar 2023 zijn op dit moment nog niet beschikbaar.

Perioden	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Zin verblijf	208.375	205.415	201.490	203.610	205.270	202.630	215.900	219.465
Zin volledig pakket thuis (vpt)	7.765	8.935	10.490	12.060	13.215	14.405	17.945	21.855
Zin modulair pakket thuis (mpt)	31.355	29.555	30.550	35.590	41.380	45.060	52.035	59.030

U treft deze gegevens aan op: StatLine – Personen met gebruik Wlz-zorg in natura; leveringsvorm, zpz/zorgvorm, regio (cbs.nl)
Zin: Zorg in natura.

Vraag 502:

Hoeveel mensen wonen er in hun eigen thuis met een VPT?

Antwoord:

In het tweede kwartaal van 2023 ontvangen er in totaal 23.535 personen zorg op basis van leveringsvorm volledig pakket thuis (VPT). Er wordt in de registratie geen onderscheid gemaakt tussen thuis of bv. een geclusterde kleinschalige woonsetting. U treft dit aantal aan op: StatLine – Personen met gebruik Wlz-zorg in natura; leveringsvorm, zpz, kwartaal (cbs.nl)

Vraag 503:

Hoeveel ouderen wonen er in een geclusterde setting met een VPT?

Antwoord:

Zorgkantoren registreren niet of een cliënt met vpt zijn zorg in een geclusterde setting ontvangt, waardoor deze gegevens niet bekend zijn. In het totaal ontvingen in het tweede kwartaal van 2023 23.535 cliënten zorg op basis van vpt, waarvan 16.980 cliënten in de sector verpleging en verzorging. U treft de gegevens aan op: StatLine – Personen met gebruik Wlz-zorg in natura; leveringsvorm, zzp, kwartaal (cbs.nl).

Vraag 504:

Hoeveel geclusterde verpleegzorgplekken zijn er?

Antwoord:

Van iedere Wlz-client is de leveringsvorm bekend (intramuraal, vpt, mpt of pgb). Het aantal intramurale bezette plekken – waarvan de aanname is dat deze allen geclusterd zijn – in de sector verpleging en verzorging bedroeg ultimo 2022 125.300 plekken. Van de overige leveringsvormen is niet bekend in hoeverre er sprake is van clustering.

Vraag 505:

Hoeveel verpleeghuisplekken zijn er?

Antwoord:

In het tweede kwartaal van 2023 waren er 126.125 cliënten opgenomen in de VV-sector, waarvan 98.455 op basis van verblijf met behandeling. U treft deze gegevens aan op: StatLine – Personen met gebruik Wlz-zorg in natura; leveringsvorm, zzp, kwartaal (cbs.nl)

Vraag 506:

Wat verklaart het extra beroep dat gedaan wordt op ggz-wonen die tot een tegenvaller van € 135 miljoen leidt?

Antwoord:

Zoals uiteengezet in de definitieve kaderbrief Wlz 2024⁸⁶, is in 2023 nog steeds sprake geweest van een hoge instroom van cliënten die gebruik maken van ggz-wonen in de Wlz. In 2024 moet daarom, net als in 2023, rekening worden gehouden met overloopeffecten van cliënten met een Wlz-indicatie die geleidelijk in het voorgaande jaar zijn ingestroomd. Deze cliënten maken in 2023 slechts gedurende een deel van het jaar gebruik van Wlz-zorg, maar zullen hier in 2024 gedurende het gehele jaar aanspraak op kunnen maken. Daarmee zal het budgettaire beslag van deze groep cliënten in 2024 dus ook navenant groter zijn. Hiervoor is per 2024 € 135 miljoen structureel beschikbaar gesteld.

Er zijn signalen dat zowel aanbieders als gemeenten cliënten soms te snel adviseren een aanvraag voor de Wlz bij het CIZ in te dienen, wat in sommige gevallen ten koste kan gaan van de mogelijkheden die hiervoor in de Wmo nog kunnen worden geboden.⁸⁷ Er zijn bestuurlijke afspraken met de veldpartijen gemaakt waarmee wordt ingezet op toekomstbestendige langdurige ggz, waarover uw Kamer op 13 december 2023 is geïnformeerd.⁸⁸

⁸⁶ Kamerstukken II, vergaderjaar 2023–2024, 34 104, nr. 395

⁸⁷ Kamerstuk 2022–2023, 25 424, nr. 651

⁸⁸ Kamerstukken II, Vergaderjaar 2023–2024, nr. 2023Z20127

Vraag 507:

Kunt u nader toelichten waarom sprake is van onverdeelde groeiruumte Wlz?

Antwoord:

Op het Uitgavenplafond Zorg worden middelen voor volumegroei beschermd wonen gereserveerd. In 2023 is het bedrag voor volumegroei vanaf 2024 à € 45 miljoen niet uitgekeerd aan gemeenten, omdat er geen sprake is van volumegroei van het aantal cliënten beschermd wonen. De huidige tekorten in het Wlz-kader hebben het kabinet ertoe bewogen om de groeiruumte voor 2024 in te zetten daar waar de volumegroei plaatsvindt. Deze middelen zijn daarom ingezet om het tekort dat is ontstaan door de hogere instroom vanuit het gemeentelijk domein van mensen met een psychische aandoening naar de Wlz deels te dekken.

Vraag 508:

Hoe vindt besluitvorming over groeiruumte Wlz plaats?

Antwoord:

De beschikbare groeiruumte wordt vastgesteld aan het begin van een kabinetsperiode. Over de daadwerkelijke inzet van deze groeiruumte vindt vervolgens jaarlijks besluitvorming plaats via de ontwerpbegroting en via de (voorlopige) kaderbrieven die het ministerie verstrekt aan de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza).

Vraag 509:

Resteert er nog groeiruumte Wlz in de huidige begroting voor 2024 of andere jaren? Zo ja, hoeveel en waarvoor?

Antwoord:

De beschikbare groeiruumte 2024 voor de Wlz is volledig ingezet via de ontwerpbegroting. De beschikbare groeiruumte 2025 en latere jaren zal afhankelijk zijn van besluitvorming over de financiën door het huidige demissionaire kabinet of door het toekomstige nieuwe kabinet.

Vraag 510:

Wanneer kan het nieuwe kwaliteitskader wel uitgerold worden? Is de verwachting dat dit in de loop van 2024 zal plaatsvinden? Hoe wordt voorkomen dat verdere vertraging plaatsvindt?

Antwoord:

Het nieuwe Generiek Kompas «Samen werken aan kwaliteit van bestaan» is op 30 november ingediend bij het Zorginstituut Nederland. Het Kompas zal, onder voorbehoud van een positieve toetsing door het Zorginstituut, de huidige kwaliteitskaders voor de verpleeghuiszorg en wijkverpleging per 1 januari 2024 vervangen. In 2024 zal samen met de betrokken veldpartijen worden gewerkt aan de implementatie van het nieuwe Kompas. Hiervoor zijn reeds middelen gereserveerd in de begroting.

Vraag 511:

Kunt u uitleggen hoe het mogelijk is de Wlz-uitgaven neerwaarts bij te stellen zonder het Wlz-kader bij te stellen?

Antwoord:

Op grond van uitvoeringsinformatie van de NZa is het Wlz-kader (kader op basis waarvan de zorgkantoren zorg inkopen bij zorginstellingen) verhoogd met € 85 miljoen in 2023 en € 220 miljoen structureel vanaf 2024. Op grond van een analyse van de verwachte feitelijke benutting van het Wlz-kader bleek vervolgens sprake van een overdekking op de begroting (beschikbare ruimte op de begroting voor de Wlz-uitgaven). De

aansluiting tussen het Wlz-kader en de begroting/jaarverslag is toegelicht in het Jaarverslag VWS 2022⁸⁹ (blz 195–197).

Vraag 512:

Waarvoor was het geld dat nu ingeboekt wordt als Wlz-ramingsbijstelling oorspronkelijk bedoeld?

Antwoord:

De middelen die zijn ingeboekt als Wlz-ramingsbijstelling waren oorspronkelijk bedoeld voor de inzet van Wlz-zorg. Op grond van uitvoeringsinformatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bleken deze middelen als overdekking beschikbaar om vanaf 2025 over te hevelen naar het Gemeentefonds. Daarmee worden ze ingezet als onderdeel van de dekking voor de compensatie aan gemeenten voor de hoger dan geraamde aanzuigende werking voor het abonnementstarief.

Vraag 513:

Welke gevolgen voorziet u voor pgb-budgethouders wanneer het beschikbare budget uiteindelijk met structureel € 110 miljoen wordt verlaagd?

Antwoord:

Het bedrag van € 110 miljoen is gekoppeld aan de werkwijze PGB op Maat (zie ook vraag 188). Bij deze werkwijze staat de zorgvraag van de pgb budgethouder met een Wlz indicatie centraal. Budgethouders zullen dit merken doordat het zorgkantoor met hen intensiever het gesprek voert over het budgetplan, om vervolgens een pgb op maat toe te kennen. Dat betekent ook dat zij niet meer automatisch het bedrag krijgen zoals gekoppeld aan het zorgprofiel. Budgethouders ontvangen het bedrag dat ze nodig hebben, met een marge voor als tijdelijk meer of andere zorg nodig is.

Vraag 514:

In de alinea «VG7 (gehandicaptenzorg)» staat dat het kostprijsonderzoek van de NZa niet eerder dan in 2025 tot herijkte tarieven zal leiden, maar welke inspanningen worden er geleverd om de tarieven in 2025 herijkt te hebben?

Antwoord:

De NZa doet in 2023 en 2024 een onderzoek naar de Wlz-uitgaven in de gehandicaptensector en in delen van de GGZ. Bij dat onderzoek vraagt de NZa de zorgaanbieders om de uitgaven, die zij maken, toe te rekenen aan alle prestaties/cliëntengroepen. De nieuwe tarieven zijn medio 2024 bekend en leiden tot nieuwe tarieven, die worden gebruikt bij de zorginkoop voor 2025. Vooruitlopend op het kostprijsonderzoek van de NZa is zowel in 2023 als in 2024 aanvullend € 40 miljoen beschikbaar gesteld voor zorgaanbieders en zorgkantoren om aanvullende maatwerkafspraken te kunnen maken voor VG7 cliënten.

Vraag 515:

Wat is de reden dat de indexering bij de uitgaven in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, langdurige ggz, eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en wijkverpleging niet is meegenomen in de komende jaren?

Antwoord:

Jaarlijks worden bij de Ontwerpbegroting de middelen voor volumegroei (voor het komende jaar) toegevoegd aan de budgettaire uitgavenramingen voor de genoemde sectoren. Eveneens jaarlijks worden bij de

⁸⁹ Kamerstukken II, 36 360 XVI, nr. 1.

Voorjaarsnota de middelen voor de loon- en prijsbijstelling (voor het lopende jaar) toegevoegd aan de budgetten. Door deze jaarlijks toe te voegen aan de budgetten van de onderscheiden sectoren kunnen de bedragen op grond van de meest recente macro-economische inzichten worden vastgesteld. Tot het moment van uitdelen van deze middelen voor uitgavenindexering staan zij gereserveerd op het subartikel «Nominiaal en onverdeeld» van de betreffende sectoren.

Vraag 516:

Kunt u voor 2024 en 2025, uitgesplitst per sector (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, langdurige GGZ, eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en wijkverpleging), de OVA en de kosten die deze verschillende sectoren extra maken wat betreft de cao-verhoging 2024 en 2025?

Antwoord:

Het ova-percentage voor 2024 en 2025 is nog niet vastgesteld. Dit gebeurt pas respectievelijk in het voorjaar van 2024 en 2025 aan de hand van het Centraal Economisch Plan (CEP) 2024 en CEP 2025 van het CPB. Verder is nu nog niet vast te stellen wat de kostenstijgingen in de genoemde sectoren zullen zijn die samenhangen met cao-verhogingen in 2024 en 2025. De cao's voor de vvt, gehandicaptenzorg en GGZ hebben bijvoorbeeld een cao die loopt tot eind 2024. Waarschijnlijk zullen er bij het afsluiten van een nieuwe cao ook nog nieuwe cao-loonstijgingen in 2025 worden afgesproken. De timing en hoogte daarvan zijn nog ongewis.

Vraag 517:

Zijn voor de € 298 miljoen aan middelen op de aanvullende post voor standaardisatie gegevensuitwisseling door u al concrete en doelmatige bestedingsvoorstellen ingediend bij het Ministerie van Financiën?

Antwoord:

Er zijn bestedingsvoorstellen in voorbereiding om de reserveringen naar het Ministerie van VWS over te hevelen. De voorjaarsnota is hiervoor de eerste mogelijkheid. Tot en met de augustusbrief 2023 is € 408 miljoen aan bestedingsvoorstellen geaccordeerd en overgeheveld naar VWS.

Vraag 518:

Verwacht u dat de volledige reservering die nu voor het Ministerie van VWS nog op de aanvullende post gereserveerd staat wordt overgeheveld naar VWS? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Er zijn bestedingsvoorstellen in voorbereiding om de reserveringen naar het Ministerie van VWS over te hevelen. De voorjaarsnota is hiervoor de eerste mogelijkheid. Dan vindt besluitvorming plaats over overhevelingen vanaf de aanvullende post naar de VWS-begroting.

Vraag 519:

Klopt het dat de middelen voor valpreventie na 2023 (4,5 miljoen) stoppen?

Antwoord:

Nee. De middelen voor valpreventie zijn beschikbaar gesteld vanuit het coalitieakkoord en waren in eerste instantie geboekt op de Aanvullende Post van het Ministerie van Financiën. Op deze € 4,5 miljoen in 2023 na, zijn vrijwel alle beschikbare middelen reeds overgeboekt naar de VWS begroting onder artikel 1 en het Uitgaven Plafond Zorg. Zie ook het antwoord op vraag 22.

Vraag 520:

Kan er een overzicht gegeven worden van de bruto-uitgaven sinds 2015 voor de Zvw, Wlz, Wmo 2015 en Jeugdwet?

Antwoord:

In tabel 1 staan de niet-gecorrigeerde cijfers (onder meer voor overhevelingen tussen zorgdomeinen) van de ontwikkeling van de uitgaven Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet voor 2015 tot en met 2023.

Het betreft hier de bruto-uitgaven die vallen onder de definitie van het Uitgavenplafond Zorg (het UPZ). De zorguitgaven voor Wmo en Jeugdzorg die per 2019 zijn toegevoegd aan de Algemene Uitkering van het gemeentefonds zijn niet in de tabel opgenomen, want deze vallen niet onder het UPZ.

Voor het jaar 2023 is in dit antwoord gerekend met het cijfer gemeld in de 2e supplettoire wet en niet met het cijfer uit de ontwerpbegroting 2024, omdat de 2e supplettoire wet nieuwere informatie over 2023 bevat. Er is geen rekening gehouden met de bijstelling van de cijfers 2023 die is gemeld in de antwoorden op de vragen over de 2e supplettoire wet, omdat deze bijstelling pas budgettair verwerkt zal worden in het aankomende VWS jaarverslag.

Tabel 1 Ontwikkeling van de bruto zorguitgaven voor Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdzorg onder het Uitgavenplafond Zorg 2015–2023 (bedragen x € 1 miljard)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Zvw	41,8	43,8	45,1	46,8	48,8	50,8	50,9	54,3	57,7
Wlz	19,5	19,9	20,4	21,6	23,8	26,2	28,6	30,5	33,4
Wmo ¹	4,9	4,9	4,9	5,1	1,8	1,9	1,5	1,5	1,6
Jeugdzorg	2,0	1,9	1,9	2,0	–	–	–	–	–

¹ Vanaf 2019 valt alleen nog Wmo beschermd wonen onder het UPZ.

De uitgaven in het kader van Wmo en Jeugdzorg vallen niet onder het UPZ, met uitzondering van Wmo beschermd wonen. De hoogte van de uitgaven die onder deze beide wetten vallen, is niet exact weer te geven. Dit komt omdat de gegevens over gemeentelijke uitgaven niet conform deze twee wetten gesplitst zijn. In tabel 2 staan de uitgaven aan Wmo en Jeugdzorg voor de jaren 2017–2023 in de uitsplitsing van het CBS.

Tabel 2 Ontwikkeling van de bruto uitgaven voor Wmo en Jeugdzorg 2017–2023 (bedragen x € 1 miljard)¹

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Algemene voorzieningen incl. wijkteams	2,9	3,0	3,1	3,1	3,3	3,3	4,1
Maatwerkvoorzieningen (WMO)	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9
Maatwerkdienstverlening 18+	2,8	3,0	3,3	3,5	3,6	3,7	3,8
Maatwerkdienstverlening 18-	3,3	3,7	4,4	4,5	4,8	4,4	4,9
Geëscaleerde zorg 18+	2,1	2,3	2,3	2,6	2,1	2,3	2,3
Geëscaleerde zorg 18-	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,6

¹ Voor 2017 tot en met 2021 zijn cijfers uit de gemeenterekeningen verwerkt, voor 2022 en 2023 uit de gemeentebegrotingen.

Vraag 521:

Kunt u de zin toelichten waarin staat dat «de groei van de netto zorguitgaven incidenteel in 2024 een ander patroon kent», onder meer doordat de «meevaller uit 2023 nog niet is verwerkt»? Betekent dit dat er in de huidige begroting 2024 wellicht nog honderden miljoenen aan ruimte is omdat de doorwerking van een meevaller uit 2023 nog niet is verwerkt?

Antwoord:

In de betreffende zin is aangegeven dat de «meevaller in de wijkverpleging in 2023 incidenteel is verwerkt». In 2023 is bij de Zvw-sector wijkverpleging sprake van een forse onderschrijding, die dus in de raming voor 2023 is verwerkt. Voor deze sector zijn op basis van het Integraal

Zorgakkoord (IZA) meerjarige afspraken over het financieel kader van toepassing. De onderschrijding in 2023 werkt daardoor niet automatisch door in het financiële kader 2024.

Vraag 522:

Hoe zijn de meevallers van de afgelopen jaren op wijkverpleging verwerkt?

Antwoord:

Het kader voor de wijkverpleging is vanaf 2023 verlaagd met een structureel bedrag van € 600 miljoen, conform de afspraken in het Integraal Zorgakkoord.

In 2023 wordt op basis van voorlopige inschattingen opnieuw een onderschrijding verwacht van € 835 miljoen.

Eventuele tegenvallers en meevallers op de financiële kaders van IZA-sectoren, zoals de wijkverpleging, worden in het lopende jaar *incidenteel* verwerkt in de budgettaire stukken van VWS (In het geval van de wijkverpleging in 2023: € 811,8 miljoen bij begroting 2024 en € 22,7 miljoen bij de tweede suppletoire begroting 2023).

Vraag 523:

Hoe kan het dat er al jaren meevallers zijn op de wijkverpleging en er toch sprake is van omzetplafonds die opgelegd zijn door de zorgverzekeraars, waardoor er patiënten geen thuiszorg krijgen?

Antwoord:

Zorgverzekeraars hebben de opdracht doelmatig en rechtmatig zorg in te kopen. Het in de contracten opnemen van omzetplafonds is een van de manieren om de zorg doelmatig te houden en in die zin bij te dragen aan het toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar houden van de zorg. Het stelsel is erop gericht dat iedereen de zorg krijgt die nodig is. Zorgverzekeraars hebben immers zorgplicht. De NZa houdt hier toezicht op. Als een verzekerde niet bij een bepaalde zorgaanbieder terecht kan vanwege een omzetplafond, kan hij zich wenden tot de zorgverzekeraar voor bemiddeling naar een andere zorgaanbieder.

Er is de afgelopen jaren een aantal onderzoeken gedaan naar de onderbesteding in de wijkverpleging. Daaruit zijn verschillende oorzaken van deze onderbesteding naar voren gekomen. Het onderzoek van Equalis uit 2019 (Kamerstukken II, 2019/2020, 23 235, nr. 210) laat zien dat met name het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars en de toenemende arbeidsmarktproblematiek de belangrijkste verklaringen vormen. Inmiddels is een verdiepingsonderzoek gestart naar de onderbesteding aan de hand van een cliëntvolgend onderzoek, waarmee we beter een antwoord hopen te kunnen geven op de oorzaken van de onderbesteding. De resultaten van dit onderzoek verwachten we bij de Mid Term Review (MTR) van het IZA (zomer 2024). Aan de hand van deze onderzoeken beziet de Minister voor Langdurige Zorg welke oorzaken aan de onderbesteding ten grondslag liggen en of en welke acties er ondernomen kunnen worden. Daarnaast worden er begin volgend jaar hierover gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars.

Vraag 524:

Welke subsidies zijn juridisch niet verplicht?

Antwoord:

In onderstaande tabel is per artikel inzichtelijk gemaakt welk deel nog niet juridisch verplicht is voor 2024. Uiteraard is VWS voornemens om de beschikbare subsidiebudgetten zoveel mogelijk nog wel te besteden gedurende het jaar 2024.

Subsidies 2024	Voornaamste subsidies niet juridisch verplicht
Volksgezondheid (art. 1)	100% juridisch verplicht
Curatieve zorg (art. 2)	<p>Voor € 92,3 miljoen is het bedrag aan subsidies nog niet juridisch verplicht. Het betreft onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsidieregeling voor de COVID-19 zorgbonus (€ 23,7 miljoen); • Subsidieregeling voor antibioticaresistentie (€ 10,6 miljoen); • ZonMw programma doorgang reguliere zorg pandemische paraatheid (€ 6,2 miljoen); • ZonMw programma voor ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en richtlijnen in de wijkverpleging (6 miljoen euro); • Subsidieregeling VIPP 5 (€ 5,5 miljoen); • Subsidie voor digitale zelfzorghulpmiddelen in de huisartsenzorg (€ 5,6 miljoen); • Deelname aan de IPCEI Health gericht op de stimulering van MedTech-initiatieven vanuit de private sector (€ 5 miljoen); • ZonMw programma kennis en kwaliteit eerstelijnszorg voor specifiek eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (€ 4 miljoen).
Langdurige zorg (art. 3)	<p>Voor € 147,8 miljoen is het bedrag aan subsidies nog niet juridisch verplicht. Het betreft onder andere regelingen voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intergenerationeel wonen en woonzorgcombinaties; • Woon-zorg combinaties en stimuleren langer thuis; • Transitie middelen scheiden wonen en zorg; • Dementie <p>Voor een totaalbedrag van € 44,9 miljoen.</p> <p>Subsidies voor onder andere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsidieregeling aardbevingsbestendige zorg; • Toekomst agenda inclusief gespecialiseerde clientondersteuning; • Transitie middelen scheiden wonen en zorg; • Kwaliteitskader ouderenzorg. <p>Dit betreft een totaalbedrag van € 103,9 miljoen.</p>
Zorgbreed beleid (art. 4)	<p>Voor € 21,5 miljoen is het bedrag op artikel 4 aan subsidies nog niet juridisch verplicht. Het betreft een stelpost voor verschillende bestuurlijke afspraken die ten grondslag aan deze subsidiebudgetten.</p>
Jeugd (art. 5)	<p>Voor € 0,6 miljoen is het bedrag aan subsidies die nog niet juridisch verplicht zijn. Het betreft onder andere projectsubsidies in het kader van Zorg voor de Jeugd, gezond opgroeien, Zo thuis mogelijk, aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld en kennis en informatiebeleid.</p>

Sport en bewegen (art. 6)

Voor € 22,6 miljoen is het bedrag aan subsidies nog niet juridisch verplicht. Het betreft onder andere:

- Inclusief beleid (o.a. verbeteren financiële toegankelijkheid en verbeteren sociale toegankelijkheid);
- Bewegen (o.a. sportblessurepreventie, preventie hersenletsel);
- Positieve sport (o.a. opvolging dossier veiligheid turnen en andere sporten);
- Vitale sport (o.a. professionalisering sportkoepels, inzetten op Human Capital);
- Topsport (o.a. onderwijs en topsport, paralympische sport);
- Topsportevenementen (o.a. uitvoeringskosten regeling topsportevenementen, diverse subsidies evenementen beleid);
- Duurzaamheid en Financiering (o.a. routekaart en innovatie duurzame sport, beweegvriendelijke omgeving);
- Beweegalliantie (o.a. school en sportvereniging, leefstijlcampagne);
- Kennis en Innovatie (o.a. diverse projecten Ondersteuning, monitoring en evaluatie).

Oorlogsgetroffenen (art. 7)

Voor € 4,2 miljoen is het bedrag aan subsidies nog niet juridisch verplicht. Het betreft onder andere het programma samenwerking herinnering WOII en het project Indische- en Molukse gemeenschap in Nederland – een extra gebaar.

Vraag 525:

Hoe staat het met de uitvoering van de motie-Mohandis c.s. over een concrete aanpak om stapsgewijs tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten te komen (Kamerstuk 25 424, nr. 659)? Op welke manier wordt binnen deze begroting in 2024 financieel ruimte gemaakt om deze motie uit te voeren? Op welke manier wordt hier structureel financiële ruimte voor gemaakt?

Antwoord:

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport zal uw Kamer – zoals toegezegd – voor de behandeling van de ontwerpbegroting 2024 informeren over de stand van zaken met betrekking tot de IZA-ambitie om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten.

Het structureel financieren van laagdrempelige steunpunten is in beginsel een gemeentelijke verantwoordelijkheid. In het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn middelen beschikbaar voor partijen om de ambities die in het IZA zijn opgenomen te realiseren. De aanpak om stapsgewijs tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten te komen is één van de onderdelen uit het IZA. Er is een specifieke uitkering IZA (tussen 2023 en 2026 jaarlijks maximaal € 150 miljoen) beschikbaar gesteld aan gemeenten om de ambities uit het IZA te realiseren. Deze € 150 miljoen is structureel beschikbaar op de VWS begroting. Er volgt echter nog een besluit over de financieringswijze na 2026. Daarnaast kunnen gemeenten ook transformatieplannen indienen om ambities uit het IZA te verwezenlijken. Het Ministerie van VWS informeert u periodiek over de voortgang van het IZA en de wijze waarop de ambities uit het IZA gefinancierd kunnen worden.

Vraag 526:

Staan er in de begroting van 2024 middelen gereserveerd voor de aangenomen gewijzigde motie-Den Haan (Kamerstuk 25424–656) over het gratis maken van 113? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

De motie Den Haan is aangenomen nadat de begroting was opgesteld en is daarom meegenomen in de nota van wijziging op de VWS begroting (Kamerstukken II, 2023/24, 36 410-XVI, nr. 3) die met uw Kamer is gedeeld. Er is momenteel een onderzoek gaande naar het gratis maken van het nummer 113. Dit onderzoek wordt in het voorjaar 2024 afgerond. Over de uitkomsten hiervan wordt uw Kamer in de loop van 2024 geïnformeerd, waarna de nodige stappen gezet kunnen worden om 113 gratis te maken.

Vraag 527:

Wat is de huidige stand van het aantal inhaalbehandelingen/patiënten die wachten op een behandeling in het kader van inhaalzorg vanwege de coronacrisis?

Antwoord:

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 7 december jl. weer een monitor toegankelijkheid van de zorg gepubliceerd⁹⁰. De NZa concludeert op basis van productiedata medisch specialistische zorg (msz) van afgelopen zomer dat het aantal patiënten dat ziekenhuiszorg ontving rond het niveau van 2019 lag. Daarnaast ziet de NZa dat de meest urgente zorg doorgaat, maar dat de IC-afhankelijke planbare zorg net onder het niveau van 2019 ligt. De productie in zelfstandige behandelcentra (zbc's) is sinds de coronapandemie gestegen en lag begin dit jaar weer iets hoger dan vorig jaar, terwijl die in ziekenhuizen ongeveer gelijk is gebleven. De lichte daling in de wachttijden in de msz die na de zomer te zien was, lijkt op landelijk niveau te stagneren. Echter, de hoeveelheid nog te leveren zorg in de ziekenhuizen (ook wel «werkvoorraad» genoemd) laat een lichte daling zien.

De werkvoorraad is de hoeveelheid nog te leveren zorg in de ziekenhuizen die voor een subselectie van specialismen wordt uitgevraagd. Daaruit valt niet op te maken in hoeverre het nog gaat om patiënten die wachten op hun operatie die is uitgesteld door de coronapandemie of nieuwe patiënten.

Vraag 528:

Hoeveel aanvragen zijn er gedaan op de regeling voor zorgmedewerkers met langdurige post-covidklachten? Hoeveel van deze aanvragen zijn gehonoreerd en inmiddels uitgekeerd?

Antwoord:

In totaal zijn circa 800 aanvragen ingediend bij deze regeling. De aanvragen worden momenteel nog beoordeeld door DUS-I. Het is daarom nog niet mogelijk om een eindbeeld te geven van het aantal toegekende en afgewezen aanvragen.

Vraag 529:

Kan een overzicht gegeven worden van de vergoedingsuitgaven van verzekeraars aan ongecontracteerde zorgaanbieders in de periode 2006–2023?

Antwoord:

In de sectoren wijkverpleging en ggz is de omvang van de niet-gecontracteerde zorg het hoogst. Hieronder de cijfers die via de rapportages van Vektis beschikbaar zijn en die uw Kamer eerder ontvangen heeft. Voor de wijkverpleging zijn cijfers beschikbaar van 2016 t/m 2021. Voor de ggz zijn cijfers beschikbaar van 2016 t/m 2019. Over andere sectoren is deze informatie niet beschikbaar.

⁹⁰ Monitor Toegankelijkheid van Zorg – 7 december 2023 – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

Kosten en aandeel kosten in de (niet-)gecontracteerde wijkverpleging

Jaar	Gecontracteerd (miljoenen €)	Niet-gecontracteerd (miljoenen €)	Aandeel niet-gecontracteerd (%)
2016	2.392	100	4,0
2017	2.465	191	7,2
2018	2.624	260	9,0
2019	2.721	166	5,7
2020	2.583	139	5,1
2021	2.551	156	5,8

Kosten en aandeel kosten in de (niet-)gecontracteerde ggz

Jaar	Gecontracteerd (miljoenen €)	Niet-gecontracteerd (miljoenen €)	Aandeel niet-gecontracteerd (%)
2016	2.902	195	6,3
2017	2.984	231	7,2
2018	3.312	290	8,0
2019	3.501	303	8,0