

Vergaderjaar 2016–2017

**34 725 XVI**

## **Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016**

**Nr. 7**

### **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 20 juni 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het jaarverslag van 17 mei 2017 inzake het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2016 (Kamerstuk 34 725 XVI, nr. 1). De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft deze vragen beantwoord bij brief van 19 juni 2017. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

## **Jaarverslag – Set Totaal**

### **Vraag 1**

Kan de regering naar aanleiding van de opmerkingen van de Algemene Rekenkamer (ARK) aangeven welke informatie de Tweede Kamer nog moet ontvangen voor het einde van dit jaar (2017) betreffende de Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg om een gefundeerd besluit voor de toekomst te kunnen nemen?

### **Antwoord 1:**

In het onderhandelaarsakkoord Medisch-Specialistische Zorg 2018 is afgesproken dat de Subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg met één jaar in 2018 verlengd wordt. Een besluit tot voortzetting na 2018 van de Subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg zal aan de Tweede Kamer worden voorgelegd. In mijn motivatie bij het voor te leggen besluit zal ik nader ingaan op de conclusies en aanbevelingen uit de evaluatie van de Subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg uit de 24 mei 2017 (Kamerstuk 32 772, nr. 26) naar de Tweede Kamer verstuurde beleidsdoorlichting van artikel 4.2 van de VWS-begroting en op de opmerkingen van de Algemene Rekenkamer om tot een definitief besluit te komen.

### **Vraag 2**

In 2016 is de eerste Staat van de Volksgezondheid en Zorg gemaakt en meegestuurd met de stukken op verantwoordingsdag. Waarom is er dit jaar geen Staat van de Volksgezondheid en Zorg met het jaarverslag meegestuurd?

### **Antwoord 2:**

In mei 2016 is de «Staat van Volksgezondheid en Zorg, kerncijfers voor beleid» openbaar gemaakt in de vorm van een webportal ([www.staat-venz.nl](http://www.staat-venz.nl)). Daarmee zijn de kerncijfers over Volksgezondheid en Zorg online continu openbaar. De kerncijfers worden doorlopend geactualiseerd.

### **Vraag 3**

Hoeveel geld is in 2016 besteed aan substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg?

### **Antwoord 3:**

Uit de substitutiemonitor blijkt voor welk bedrag er in 2016 afspraken over substitutie zijn gemaakt. Uit deze monitor blijkt dat er in 2016 voor € 33,6 miljoen extra aan substitutieafspraken is gemaakt in de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ten opzichte van 2015. Ik beschik niet over gegevens over hoeveel er achteraf daadwerkelijk aan substitutie is uitgegeven.

### **Vraag 4**

Kunt u een omschrijving geven van de manier waarop praktijk- en aanjaagteams als «Zorg op de juiste plek», palliatieve zorg en Verwarde personen bijdragen aan het werken over schotten van wetten heen?

### **Antwoord 4:**

De vraagstukken, waarop praktijkteams zich richten, bevinden zich vaak op het raakvlak van het zorgdomein en andere beleidsdomeinen. Voorbeelden zijn het interventieteam onderwijs-zorg (relatie met onderwijsdomein), het schakelteam personen met verward gedrag (relatie met veiligheidsdomein) of het Zorgpact (relatie met arbeidsmarkt en onderwijs). Er zijn ook teams die zich richten op vraagstukken op alleen het zorgdomein, maar waar wel sprake is van verschillende wetgeving.

Voorbeelden daarvan zijn het team Zorg op de juiste plek (Wlz, Wmo, Zvw), of het team palliatieve zorg (Wlz, Zvw). In deze aanpak werken medewerkers en soms bestuurders van verschillende overheden en uitvoerende organisaties in en buiten de zorg met elkaar samen. Zij richten zich niet zozeer op het maken van nieuw (landelijk) beleid, maar vooral op het verbeteren van de (regionale of lokale) uitvoering van bestaande wetgeving, vaak aan de hand van concrete casuïstiek van burgers of professionals.

#### **Vraag 5**

Wanneer verwacht u de uitkomsten van de analyse naar de Europese regelgeving op het gebied van geneesmiddelen, met als doel medicijnen sneller beschikbaar laten komen voor de patiënt?

#### **Antwoord 5:**

Samen met de Minister van Economische Zaken laat ik een analyse uitvoeren naar de gewenste en ongewenste effecten van de bestaande aanvullende beschermingsmechanismen voor geneesmiddelen, opgenomen in Europese regelgeving, op het terrein van intellectueel eigendom. Ik verwacht de resultaten eind 2017.

Tegelijkertijd laat de Europese Commissie ook een dergelijke analyse uitvoeren, waarvan ik de eerste resultaten de eerste helft van 2018 verwacht.

#### **Vraag 6**

Wat is uw oordeel over de internationale vergelijkingen zoals de Euro Health Consumer Index (EHCI) en de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) die uitvoeren? Wie van deze twee acht u het meest betrouwbaar en meest bruikbaar als het om de Nederlandse gezondheidszorg in internationaal perspectief gaat?

#### **Antwoord 6:**

Ik vind internationale vergelijkingen belangrijk om ervan te kunnen leren (waar kunnen we ons verbeteren? Waar staat Nederland ten opzichte van andere landen en is er aanleiding om bij te sturen?). Zowel de Euro Health Consumer Index (EHCI) als de Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) leveren nuttige informatie voor internationale vergelijking.

De EHCI focust vooral op keuzevrijheid en patiëntrechten, en baseert haar onderzoek o.a. op openbare statistieken van de OECD en World Health Organisation. Nederland staat al 7 jaar achtereen op de eerste plek in de algemene ranking van de EHCI, omdat patiëntrechten goed geregeld zijn en de toegang/kwaliteit over het algemeen goed zijn.

Hoewel deze boodschap illustreert dat het Nederlandse zorgstelsel kwalitatief goede en toegankelijke zorg levert voor patiënten, doet een algemene ranking van landen nooit volledig recht aan de complexiteit van de materie. De OECD maakt geen algemene ranking, maar geeft in haar jaarlijkse «Health at a Glance» rapport een overzicht van internationaal vergelijkende statistieken op het gebied van 1) gezondheidsstatus, 2) risicofactoren, 3) zorguitgaven, 4) gezondheidswerkers, 5) zorggebruik, 6) kwaliteit van zorg, en 7) toegang tot zorg. Gezien de reikwijdte van de OECD-indicatoren en het feit dat zowel uitkomstindicatoren als inputindicatoren en vragenlijsten worden gebruikt, geeft dit overzicht beleidsmatig belangrijke input.

#### **Vraag 7**

Kunt u in internationaal vergelijkend perspectief aangeven hoe goed de Nederlandse gezondheidszorg scoort op: babysterfte, kankersterfte, overgewicht, ziekenhuisinfecties en vermijdbare heropnames?

**Antwoord 7:**

Op de site [www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info) staan deze gegevens weergegeven in internationaal perspectief.

**Vraag 8**

Hoe verklaart u de relatief lage score bij de levensverwachting van de Nederlander?

**Antwoord 8:**

De levensverwachting van Nederlanders (mannen en vrouwen samen) is met 81,5 jaar lager dan in een aantal andere EU-landen met een hoog nationaal inkomen. Er is echter een verschil tussen mannen en vrouwen. Vrouwen scoren rond het gemiddelde van de EU, terwijl de levensverwachting van Nederlandse mannen bij de EU-top hoort ([www.volksgezondheidszorg.info](http://www.volksgezondheidszorg.info)). Dit wordt in belangrijke mate veroorzaakt doordat vrouwen enkele tientallen jaren terug relatief veel rookten in vergelijking met andere EU-landen. Mannen rookten destijds ook meer dan het EU-gemiddelde, maar het percentage Nederlandse rokende mannen behoorde niet tot de hoogste binnen de EU en vertoonde in vergelijking tot andere landen een scherpere daling die zich ook eerder inzette. Deze ontwikkeling zorgt bij Nederlandse (en Deense en Engelse) vrouwen momenteel nog voor een toenemende longkankersterfte, waar die bij mannen al enige tijd daalt. Roken verhoogt onder andere de sterfte aan diverse kankers, aan hart- en vaatziekten en longziekten.

**Vraag 9**

Nederland stond als het gaat om uitgaven aan de langdurige zorg op de OECD-lijst in 2013 op een 1e plaats. De laatste jaren lijkt dit wat meer af te vlakken. Worden de uitgaven middels het gemeentefonds aan de langdurige zorg meegenomen?

**Antwoord 9:**

De OESO kent twee categorieën langdurige zorg: medisch gericht en sociaal. Gemeentelijke uitgaven aan Wmo tellen mee bij de sociale zorg. Ten tijde van de AWBZ telden deze uitgaven ook al mee bij de sociale zorg. Gemeentelijke uitgaven aan jeugdzorg tellen bij geen van beide categorieën mee.

**Vraag 10**

Kunt u een overzicht geven van alle onderzochte aandoeningen waarop Nederland in internationaal perspectief lager dan gemiddeld scoort?

**Antwoord 10:**

De Staat van Volkgezondheid en Zorg gebruik ik als de primaire bron voor statistieken over volksgezondheid en zorg. Wanneer mogelijk wordt er op dit platform ook verwezen naar internationale vergelijkingen. Dit geldt zowel voor epidemiologische gegevens over incidentie en prevalentie van individuele ziekten en aandoeningen, als voor indicatoren die de kwaliteit van zorg internationaal vergelijken. Er bestaan verschillende indicatoren per aandoening en er valt daardoor geen eenduidig beeld te geven bij welke aandoening Nederland lager dan gemiddeld scoort. Dit is afhankelijk van de gekozen indicator. Bij vraag 7 wordt er reeds kort ingegaan op enkele van deze gegevens.

**Vraag 11**

Kunt u per regio aangeven voor welke behandelingen de wachttijdnorm overschreden is?

**Antwoord 11:**

De marktscan medisch-specialistische zorg 2016 die op 31 mei jl. (Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353) aan uw Kamer is aangeboden geeft inzicht in de wachttijden in de medisch-specialistische zorg.

De marktscan geeft aan dat de landelijk gemiddelde wachttijd voor behandeling bij drie soorten behandelingen in 2016 de Treeknorm van zeven weken overschreed. Dit geldt voor ruggenmergstimulatie, buikwandcorrectie en borstreconstructie. Dat bij een specifieke behandeling sprake is van een (te) lange wachttijd wil niet zeggen dat de patiënt niet op tijd geholpen kan worden. Door te kiezen voor een andere aanbieder of wachttijdbemiddeling kunnen wachttijden worden verkort.

De marktscan gaat ten aanzien van alleen de behandeling niet in op regionale verschillen. Wel laat de marktscan op regionaal niveau zien hoe lang de reistijd voor verschillende specialismen (oftewel de toegang tot de polikliniek) is naar de dichtstbijzijnde aanbieder die aan de Treeknorm voldoet. Voor de meeste specialismen is er geen of beperkte extra reistijd naar de dichtstbijzijnde aanbieder die aan de Treeknorm voldoet. Uit de marktscan blijkt dat de reistijd voor inwoners uit dunbevolkte en/of grensgebieden het hoogst is. Overigens kunnen patiënten in acute situaties altijd direct worden geholpen.

De NZa geeft hoge prioriteit aan het verminderen van de wachttijden en heeft daarom op 17 mei jl. haar actieplan wachttijden in de zorg gepubliceerd, waarin wordt ingegaan op de acties die de NZa de komende periode in samenwerking met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere partijen in gang zet. Ook onderzoekt de NZa op dit moment de specifieke oorzaken van de wachttijden in de medisch-specialistische zorg en zal in de zomer van 2017 haar bevindingen publiceren.

**Vraag 12**

Kunt u een stand van zaken geven met betrekking tot het realiseren van de drie ambities voor e-health? Hoeveel procent van de chronisch zieken had in 2016 toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie en hoeveel procent van de overige Nederlanders? Hoeveel procent van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen kan op dit moment zelfstandig metingen uitvoeren? En hoeveel procent van de mensen kan nu 24 uur per dag met een zorgverlener communiceren?

**Antwoord 12:**

De meest recente resultaten van de voortgang op de e-health doelstellingen kunt u vinden in de «rapportage e-health doelstellingen» die in juni 2016 met u is gedeeld. (Kamerstuk 27 529, nr. 138) Deze «rapportage e-health doelstellingen» is een deelrapportage van de bredere e-health monitor (Kamerstuk 27 529, nr. 141) en betreft de 1<sup>e</sup> meting van de voortgang op de doelstellingen. De 2<sup>e</sup> meting op de doelstellingen zal uw Kamer in het najaar van 2017 als onderdeel van de bredere e-health monitor worden toegezonden.

De meeste recente gegevens beschrijven in hoeverre aan het einde van 2015 de doelstellingen zijn bereikt. Hieruit kwam naar voren dat:

- in totaal 10% van de bevroegde chronisch zieken aangaf via internet inzage te hebben gehad in hun medische gegevens bij één of meerdere zorgaanbieders;

- meer dan drie kwart van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen die dit wensen, al zelf gezondheidswaarden kan meten, en ongeveer een derde van de chronisch zieken en kwetsbare ouderen dit al doet;
- van de mensen die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, 5% direct van huis uit visueel contact kan maken met een zorgverlener via het beeldscherm van de computer, telefoon, tablet of televisie.

Wat betreft de doelstelling voor de inzage van medische gegevens voor de overige Nederlanders geeft de e-health monitor uit 2016 (Kamerstuk 27 529, nr. 141) meer inzicht: 4–6% van de overige patiënten gaf aan inzage te hebben gehad in hun medische gegevens (percentage afhankelijk van de zorgverlener).

### Vraag 13

Gegeven het mantra dat mensen langer thuis willen blijven wonen, hoeveel verblijfsplekken in de categorie ZZP 1 tot 3 waren er in de langdurige zorg (VG, VVT, LG, GGZ, etc.) op 31 december 2012? Op 31 december 2013? Op 31 december 2014? Op 31 december 2015? Op 31 december 2016? Gaarne uitsplitsen per categorie.

### Antwoord 13:

In onderstaande tabel staat het aantal bezette plaatsen in de categorie ZZP 1 t/m 3 per categorie. Het aantal bezette plaatsen is afgeleid van de omvang van de productieafspraken die zorgkantoren voor deze zorg gemaakt hebben.

#### Plaatsen ZZP 1–3

aantal x 1.000	2012	2013	2014	2015	2016
VV	38,7	30,5	22,0	14,7	10,2
VG	19,2	17,3	15,8	14,7	14,6
(SG)LVG	2,8	2,6	2,4	1,0	1,0
LG	2,6	2,1	1,8	1,5	1,4
ZG	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3
GGZ-B	1,0	0,6	0,4	0,3	0,2

Bron: [www.monitorlangdurigezorg.nl](http://www.monitorlangdurigezorg.nl); NZa.

### Vraag 14

Voorals ouderen komen nog te vaak onnodig op de Spoedeisende Hulp (SEH) terecht en blijven vaak te lang op de SEH, omdat zij niet tijdig kunnen doorstromen. Om hoeveel ouderen gaat het? Wat zijn hiervan de (extra) kosten?

### Antwoord 14:

Hoeveel patiënten er op de SEH terecht komen of te lang in het ziekenhuis verblijven terwijl zij eigenlijk andere zorg zouden moeten ontvangen, weet ik niet. Deze cijfers worden niet geregistreerd. Ook anderszins is er geen landelijke, samenhangende en actuele kwantitatieve analyse van de drukte in de acute zorgketen beschikbaar. Dat is de reden waarom ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heb gevraagd een marktscan van de acute zorgketen op te leveren. De NZa zal deze naar verwachting in september publiceren. In deze marktscan zal de NZa ook specifiek aandacht besteden aan het eerstelijns verblijf. Daarnaast wordt zoals u weet door alle partijen in de regio's gewerkt aan de aanpak van de problematiek. Ik verwijs in dat kader graag naar de Kamerbrieven van 5 oktober 2016 (Kamerstuk 29 247, nr. 225) en 22 december 2016 (Kamerstuk 29 247, nr. 226). Binnenkort ontvangt u van mij een afschrift van de brief van het Landelijk Netwerk Acute Zorg met betrekking tot de stand van zaken in de regio's. Tot slot heb ik in de eerste suppletore wet 2017 in totaal € 55 miljoen extra beschikbaar gesteld ter versterking van het eerstelijnsverblijf.

**Vraag 15**

Is door de verhoging van het budget voor eerstelijnsverblijf het aantal ziekenhuisopnames en Spoedeisende Hulp (SEH) bezoek gedaald c.q. waar mogelijk voorkomen?

**Antwoord 15:**

Ik kan u niet zeggen of patiënten die momenteel in het eerstelijns verblijf worden opgenomen zonder deze verhoging van het budget voor eerstelijns verblijf op de SEH of elders in het ziekenhuis zouden zijn opgenomen. Ik krijg echter wel signalen dat patiënten die geen acute zorg nodig hebben maar waarvan de huisarts het op een bepaald moment niet meer verantwoord vindt dat deze thuis blijven, regelmatig op de SEH belanden als zij niet tijdig in het eerstelijns verblijf terecht kunnen. Dat kan onder meer komen doordat zorgaanbieders zoals huisartsen niet tijdig een beschikbaar bed kunnen vinden. De verhoging van het budget voor eerstelijnsverblijf, en ook de afspraak die ik met de zorgverzekeraars heb gemaakt dat zij samen met de zorgaanbieders ervoor zorgen dat er regionale loketten komen voor inzicht in beschikbare bedden voor vervolgzorg (waaronder het eerstelijns verblijf), dragen eraan bij dat patiënten zorg op de juiste plek ontvangen.

**Vraag 16**

De regering stelt dat zij de zorgverzekeraars heeft laten weten dat we van hen een integrale (inkoop)visie verwachten en gaan er vanuit dat zij de zorgaanbieders aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Wat bedoeld de Minister hier precies mee?

**Antwoord 16:**

Zoals ik in de Kamerbrief «aanpak acute zorgketen» van 5 oktober 2016 (Kamerstuk 29 247, nr. 225) heb aangegeven, is een betere samenwerking tussen huisarts, wijkverpleegkundige, langdurige verblijfszorg en de tweede lijn van essentieel belang bij de zorg aan kwetsbare ouderen. Door goede samenwerking binnen de gehele keten kan soms een ziekenhuisopname of SEH-bezoek worden voorkomen.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor alle curatieve zorg aan kwetsbare ouderen, dus ook bij de zorginkoop moet extra aandacht worden besteed aan de samenhang tussen de eerste en tweede lijn (een integrale inkoopvisie), zodat de juiste zorg op de juiste plaats wordt ingezet.

Voor de doorstroom van de oudere patiënt in de keten is regionale coördinatie belangrijk. Ouderen blijven langer thuis wonen en een aantal aanpassingen in de organisatie van de zorg heeft voor veranderingen gezorgd in de organisatie van zorg en dit vraagt dat er hernieuwde toekomstbestendige samenwerkingsverbanden worden gesloten. Het is in eerste instantie aan de zorgaanbieders om hierover afspraken te maken. In de praktijk komt dit nog niet altijd voldoende van de grond en dan is er behoefte aan een partij die de regie neemt. Het is dan aan zorgverzekeraars om, vanuit hun zorgplicht, actief hun rol te pakken en zorgaanbieders aan te spreken op hun verantwoordelijkheid als er onvoldoende regie en samenwerking en coördinatie tussen zorgaanbieders is.

**Vraag 17**

Kunt u een overzicht geven van de spoedeisende hulpposten en IC afdelingen van ziekenhuizen die in 2016 zijn gesloten en hoe was dit de voorgaande jaren?

**Antwoord 17:**

Het RIVM brengt op mijn verzoek rapporten uit over de bereikbaarheid van SEH's (en afdelingen voor acute verloskunde). In deze rapporten, de zogenaamde «analyses gevoelige ziekenhuizen», kunt u informatie vinden over veranderingen in het aantal SEH's. De laatste «analyse gevoelige ziekenhuizen» is begin 2016 gepubliceerd (bijlage bij Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 158). In dat rapport heeft het RIVM aangegeven dat, sinds de vorige analyse in september 2014, de SEH in Roosendaal (na de fusie tussen de ziekenhuizen in Roosendaal en Bergen op Zoom) en de SEH op de locatie Sportlaan in Den Haag (na concentratie van de SEH van de Haga Ziekenhuizen in Den Haag op de locatie Leyweg) zijn gesloten. In het najaar ontvangt u van mij de volgende «analyse gevoelige ziekenhuizen».

Ik vind het van belang dat er sprake is van een goede spreiding van SEH's (en afdelingen voor acute verloskunde). Indien de sluiting van een SEH tot gevolg heeft dat het aantal inwoners dat niet binnen 45 minuten bij een SEH kan zijn toeneemt, is sprake van een «gevoelige» SEH. Het beleid is erop gericht dat deze «gevoelige» SEH's niet verdwijnen. Voor het overige is de organisatie van de zorg in een regio de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ik houd dan ook niet bij welke veranderingen er plaatsvinden in het aantal IC-afdelingen. Zorgverzekeraars zijn er vanuit hun zorgplicht voor verantwoordelijk dat verzekerden de zorg (of vergoeding van de kosten van zorg, alsmede desgevraagd zorgbemiddeling) krijgen waar zij behoefte aan en wettelijk aanspraak op hebben. Het gaat daarbij onder meer ook om de bereikbaarheid van de verzekerde zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hierop toe.

#### **Vraag 18**

Kunt u een overzicht geven van de concentratie van zorgspecialismen van ziekenhuis zorg in Nederland in 2016 en hoe was dit voorgaande jaren?

#### **Antwoord 18:**

Concentratie van complexe zorg, met het doel om zo de kwaliteit te verbeteren, is kabinetsbeleid en maakt onderdeel uit van achtereenvolgende hoofdlijnakoorden. Enerzijds gaat het om concentratie van complexe zorg, anderzijds om decentralisatie van basis medisch-specialistische zorg.

Vooraf bij de hoog complexe oncologische zorg is een ontwikkeling gaande om regionaal samen te werken. Hierbij wordt kennis en kunde gedeeld. Daarnaast zie je initiatieven ontstaan waarbij kwaliteitsgegevens met elkaar gedeeld worden. Beide met als doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hierop wordt dieper ingegaan in de markscan medisch-specialistische zorg 2016. Ik beschik niet over een gespecificeerd overzicht van de concentratie van zorgspecialismen in ziekenhuizen in 2016 en voorgaande jaren.

#### **Vraag 19**

Hoe verwacht u dat de concentratie van zorgspecialismen van ziekenhuiszorg in Nederland zich de komende jaren ontwikkelt?

#### **Antwoord 19:**

Concentratie van complexe zorg is één aspect van de zorgvisie, op basis waarvan wij werken (HLA). De andere kant is decentralisatie van basis medisch-specialistische zorg naar regionale ziekenhuizen en soms zelfs naar de eerstelijns. Cruciaal is de kwaliteit van de zorg. Is de kwaliteit beter als de zorg wordt geconcentreerd (complexe zorg, met weinig patiënten bijvoorbeeld) of juist in de regionale ziekenhuizen wordt verleend (veel patiënten, niet complexe zorg), of door de huisarts. Behandelingen hoeven niet volledig te worden gegeven in één instelling. De complexe operaties kunnen bijvoorbeeld worden gedaan in een derdelijns



ziekenhuis, de nazorg kan worden gegeven in een ziekenhuis in de buurt, samen met de huisarts.

Samenwerken met andere zorgaanbieders in netwerken, waarin de zorg voor bepaalde categorieën patiënten beter georganiseerd is, is hierbij van groot belang. Mooie voorbeelden hiervan zijn het Nationaal Programma Ouderenzorg, het Regionaal Overleg Acute Zorg, het Nationaal Programma Palliatieve Zorg en de Comprehensive Cancer Networks. Ik verwacht dat dit soort netwerken in de komende jaren een grotere rol gaan spelen. Naast het samenwerken met andere zorgaanbieders is de verwachting dat er in de toekomst ook steeds meer samengewerkt gaat worden met partners buiten de klassieke zorgketen (medische technologie, life science, ICT) die nieuwe kennis kunnen inbrengen.

#### **Vraag 20**

Sinds februari 2016 is het praktijkteam «zorg op de juiste plek» actief wat zijn de kosten van dit team? Uit hoeveel mensen bestaat dit team en hoe worden deze mensen gefinancierd?

#### **Antwoord 20:**

De kern van het praktijkteam «zorg op de juiste plek» bestaat uit twaalf personen, die zich een deel van hun werktijd inzetten voor het praktijkteam. Deze personen zijn werkzaam bij het Ministerie van VWS en worden bekostigd uit het personeelsbudget van VWS. Het praktijkteam heeft een flexibele werkwijze: als er een vraag binnenkomt waar een andere medewerker van VWS meer kennis van heeft, dan wordt deze kennis benut in het praktijkteam.

De personen van het praktijkteam worden gefinancierd doordat er capaciteit is verschoven van het maken van nieuw beleid naar het praktijkteam.

#### **Vraag 21**

Hoeveel geschillen heeft de Geschilleninstantie Zorgcontractering behandeld en welke conclusie trekt u daaruit?

#### **Antwoord 21:**

Zoals bij uw Kamer bekend, is de Geschilleninstantie Zorgcontractering relatief kort, sinds juni 2016, operationeel. Uit navraag bij het Nederlands Arbitrage Instituut blijkt dat één bindend advies aanvraag is ingediend. Deze zaak is in behandeling. Het is te vroeg om hieruit conclusies te trekken. De evaluatie over het functioneren van de geschilleninstantie vormt hiertoe het aangewezen moment. Deze evaluatie is eind 2018 voorzien.

#### **Vraag 22**

Hoeveel gemeenten hebben op dit moment een goed werkend systeem voor de ondersteuning van mensen met verward gedrag?

#### **Antwoord 22:**

Het aanjaagteam verwarde personen heeft in september 2016 bij haar eindrapportage een eerste stand van het land opgeleverd waarbij nog geen harde conclusies te trekken waren. Om de implementatie van de sluitende aanpak verder te stimuleren is in oktober 2016 het schakelteam personen met verward gedrag ingesteld. Inmiddels zijn er met steun van het Schakelteam in 18 regio's projectleiders personen met verward gedrag aan de slag en daarmee is een nagenoeg landelijk dekkend netwerk gerealiseerd. De regio's verschillen in tempo en aanpak. De voortgang in de regio's wordt door het Schakelteam gemonitord. De eerste resultaten worden eind september 2017 aan de Tweede Kamer gerapporteerd.

#### **Vraag 23**

Op welke wijze worden best practices binnen een gemeente, bijvoorbeeld waar het gaat om alternatieve vormen van vervoer en verschillende opvanglocaties, gedeeld?

**Antwoord 23:**

Het schakelteam wisselt best practices op diverse manieren uit. Bijvoorbeeld via de website [www.schakelteam.nl](http://www.schakelteam.nl), via nieuwsbrieven, via ontwikkelpleinen die per bouwsteen worden georganiseerd en waar projectleiders van de regio's samenkomen om best practices uit te wisselen en via vragen die bij de vliegende brigade binnenkomen. Daarnaast komen alle projectleiders regelmatig samen om ervaringen uit te wisselen. Het schakelteam ondersteunt de regio's bij knelpunten door hier nader onderzoek naar te doen, bijeenkomsten te organiseren, te verbinden, te coördineren of knelpunten op de goede plek te adresseren.

**Vraag 24**

Hoeveel is in 2016 uitgegeven aan het nieuwe schakelteam verwarde personen?

**Antwoord 24:**

In 2016 is in totaal ongeveer € 1,6 miljoen uitgegeven (aan het aanjaagteam en schakelteam personen met verward gedrag).

**Vraag 25**

Hoeveel is in 2016 uitgegeven aan het nieuwe schakelteam verwarde personen?

**Antwoord 25:**

Zie het antwoord op vraag 24.

**Vraag 26**

Hoeveel gemeenten hebben op dit moment een aanspreekpunt met doorzettingmacht ingericht waar gezinnen terecht kunnen als zij dreigen vast te lopen?

**Antwoord 26:**

Ik heb daarvan geen landelijk overzicht. Ik zie in het land wel dat gemeenten op verschillende manieren bezig zijn met het inrichten van zo'n aanspreekpunt of escalatiemodel bij vastgelopen casuïstiek. Voorbeelden hiervan zijn opgenomen in de informatiekaart van de VNG over gemeentelijke escalatiemodellen bij vastlopende jeugdcasuïstiek: [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20161106\\_gemeentelijke\\_escalatiemodellen.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20161106_gemeentelijke_escalatiemodellen.pdf)

**Vraag 27**

Welke redenen hebben gemeenten om een dergelijk aanspreekpunt niet in te richten?

**Antwoord 27:**

Er zijn verschillende methoden om vastgelopen casuïstiek te lijf te gaan. Dat hoeft niet per se via een aanspreekpunt. Bijvoorbeeld door een of ander in de samenwerking tussen aanbieders af te dwingen. Mogelijk ziet een gemeente daarom geen noodzaak om een dergelijk aanspreekpunt in te richten.

**Vraag 28**

Kunt u inzicht geven in de eerste resultaten in gemeenten die een dergelijk aanspreekpunt hebben ingericht?

**Antwoord 28:**

In de informatiekaart van de VNG over gemeentelijke escalatiemodellen bij vastgelopen jeugdcasuïstiek zijn voorbeelden opgenomen van gemeenten die al werken met escalatiemodellen. Ook over de werking hiervan komt steeds meer informatie beschikbaar. Zo hebben de gemeente Teijlingen, Hillegom en Lisse een zogeheten «ontschotter sociaal domein» aangesteld. Deze ontschotter werkt met doorzettingsmacht en budget en heeft een casusplatform ingericht waar complexe, vastgelopen problematiek wordt gemeld, opgepakt en opgelost. In eerste instantie bedoeld als aanspreekpunt voor professionals, maar ook cliënten kunnen zich melden. De gemeenten hebben recent besloten dit project te verlengen omdat dankzij deze constructie steeds meer mensen de weg weten te vinden, casussen worden opgelost en door partijen wordt geleerd van deze casussen voor de toekomst. In Rotterdam bestaat al enige tijd het zorgconsulaat. In het eerste jaar kreeg de zorgconsul 440 meldingen binnen.

### **Vraag 29**

Hoeveel vragen heeft het expertisepunt voor ouders met ernstig zieke kinderen in 2016 ontvangen? Over welke onderwerpen gingen deze vragen? Binnen welke termijn hebben ouders een antwoord gekregen op hun vragen?

### **Antwoord 29:**

In oktober 2016 is het Expertisepunt voor vraagstukken rondom zorg en ondersteuning van kinderen met een intensieve zorgvraag opgericht. Het Expertisepunt is geïntegreerd in het Juiste Loket.

Voor het Expertisepunt zijn in totaal (in de periode oktober 2016 – mei 2017) 103 vraagstukken binnengekomen.

Daarvan waren 36 vraagstukken korte meldingen. Deze worden bijna altijd binnen een werkdag afgehandeld.

Er zijn 67 meldingen opgenomen voor uitgebreid onderzoek en advies. Deze meldingen betroffen complexe casuïstiek. Deze kennen een langere antwoordtermijn en zijn gemiddeld genomen binnen 5 werkdagen na datum binnenkomst beantwoord.

Ongeveer de helft van de vraagstukken viel binnen het domein van de Zvw. 38% van de vraagstukken betrof Zvw en Jeugdwet. En 13% van de vraagstukken betrof een combinatie van Zvw, Jeugdwet en Wlz.

Voorbeelden van vraagstukken zijn:

- Waar moet de zorg van mijn kind aangevraagd worden?
- Komt een kind met Intensieve Kindzorg (IKZ) en een verstandelijke beperking in aanmerking voor de Wlz?

Regelmatig hebben de vragen betrekking op kinderen met epilepsie. Valt deze zorg onder IKZ, Jeugdwet of Wlz?

### **Vraag 30**

Kan de regering aangeven wanneer het advies van bij de Raad van State om de meldcode aan te scherpen wordt verwacht?

### **Antwoord 30:**

De afdeling advisering van de Raad van State heeft in maart 2017 geadviseerd. Aan de reactie naar aanleiding van het advies en aan het nader rapport wordt op dit moment in overleg met de betrokken departementen (naast VWS ook VenJ, OCW en SZW) de laatste hand gelegd.

### **Vraag 31**

Kan de regering aangeven hoe het nu feitelijk gesteld is met de cliënten ondersteuning binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)?

**Antwoord 31:**

Het organiseren en aanbieden van onafhankelijke cliëntondersteuning is een wettelijke plicht voor gemeenten op grond van de Wmo 2015. Gemeenten moeten deze inrichten als een gratis algemene voorziening. Deze functie ondersteunt cliënten bij het vinden en regelen van passende zorg en ondersteuning.

Uit het laatste landelijke cliëntervaring onderzoek (CEO) over de eerste helft 2016 onder cliënten die een maatwerkvoorziening op grond van Wmo hadden, kwam naar voren dat 25% daarvan bekend was met het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning. Een beeld van het feitelijk gebruik van cliëntondersteuning heb ik nog niet. Wel is er door Movisie in opdracht van de VNG een inventarisatie<sup>1</sup> gedaan bij 29 gemeenten naar hoe het aanbod van onafhankelijke cliëntondersteuning is geïmplementeerd en vormgegeven bij gemeenten. Uit het rapport blijkt de grote variëteit tussen gemeenten in het aanbod en de organisatie van de cliëntondersteuning.

Cliëntondersteuning is in alle gemeenten beschikbaar, maar de bekendheid, vindbaarheid en gerichtheid van het aanbod moet beter. Met veldpartijen maak ik daar nu verdere afspraken over. Ik zal uw Kamer hierover deze zomer nader informeren.

**Vraag 32**

Hoe kan de groei in het aantal persoonsgebonden budgetten nader worden verklaard? Is er daadwerkelijk sprake van een groeiende behoefte, worden de persoonsgebonden budgetten met name gebruikt voor de financiering van nieuwe, kleinschalige zorginitiatieven of wordt het persoonsgebonden budget vaker ingezet omdat Zorg in Natura onvoldoende alternatief biedt voor mensen?

**Antwoord 32:**

In het gemeentelijk domein en vanuit de Zorgverzekeringswet neemt het aantal pgb's af, maar in de Wlz neemt het aantal pgb's toe. In de Wlz is de toename bij de hoge VG-zorgprofielen het grootst, gevolgd door een toename bij de hoge VV-zorgprofielen.

Er wordt om uiteenlopende redenen voor een pgb gekozen. In het rapport «zorgen voor gezonde groei» worden een aantal motivaties geschetst waarom cliënten voor een pgb kiezen. Een bepaalde groep kiest bewust voor het pgb om de redenen waarvoor het oorspronkelijk is ontworpen. Een andere groep moet min of meer gedwongen voor het pgb kiezen, omdat een alternatief in de naturazorg ontbreekt. Daarnaast is er een groep die kiest voor het pgb omdat het de mogelijkheid geeft naasten (of zichzelf) uit te betalen en tenslotte is er een kwetsbare groep die niet weet dat ze een pgb hebben. Wie op basis van welke van de genoemde motivaties voor het pgb kiest, en in welke mate de geschetste gevolgen zich daadwerkelijk voordoen, valt niet exact te onderscheiden. Vaak zullen ook meerdere motivaties een rol spelen bij de keuze voor het pgb.

Zoals in de brief Waardig leven met zorg d.d. 26 februari 2016 (Kamerstuk 34 104, nr. 105) is aangegeven, wordt er naar gestreefd om voor kleinschalige zorgaanbieders de omzetting van pgb-bekostiging naar bekos-

---

<sup>1</sup> Movisie, maart 2016 « Onafhankelijke cliëntondersteuning Een inventarisatie van verschijningsvormen in 29 gemeenten

tiging op basis van zorg in natura te vereenvoudigen. Dit moet er toe leiden dat minder mensen zich gedwongen voelen voor een pgb te kiezen.

### **Vraag 33**

Kan de regering reageren op de stelling van de Algemene Rekenkamer (ARK) dat 40% van de betalingen onrechtmatig is doordat een aantal controles ontbreekt en dat dit tot gevolg heeft dat de keten op het punt van fraudebestrijding niet heeft gefunctioneerd zoals oorspronkelijk de bedoeling was van het trekkingsrecht persoonsgebonden budget (pgb)?

### **Antwoord 33:**

In mijn brief van 22 februari jl. (Kamerstuk 25 657, nr. 283) heb ik u gemeld dat niet alle controles vooraf zijn uitgevoerd. Dit betekent dat in sommige gevallen sprake is van formele onrechtmatigheid. Deze onrechtmatigheid moet overigens niet verward worden met fraude. Immers, het ontbreken van een controle betekent niet dat de afgesproken zorg niet is verleend en betaald.

Zoals eerder gemeld in mijn brief van 2 november 2016 (Kamerstuk 25 657, nr. 273) en 22 februari jl. (Kamerstuk 25 657, nr. 284) worden de controles op de zorgovereenkomsten en declaraties uitgevoerd vanaf respectievelijk 1 augustus 2016 en 1 november 2016. Daarmee worden alle controles vanaf het najaar van 2016 weer uitgevoerd. Aan de hand van de voortgangsrapportage van de Ketenregisseur, bijgesloten bij mijn brief aan de Tweede Kamer van 1 juni jl. (Kamerstuk 25 657, nr. 291) heb ik u geïnformeerd over een rechtmatig trekkingsrecht pgb. Hierin wordt vermeld dat de verstrekkers en de SVB vanaf maart 2016 de laatste ambtshalve zorgovereenkomsten waarop de afgelopen zes maanden nog is gedeclareerd, aan het verwerken zijn. Ultimo 2016 ging het om bijna 4.000 zorgovereenkomsten. In het eerste kwartaal van 2017 zijn 2.000 ambtshalve zorgovereenkomst verwerkt. Meer dan 95% van deze zorgovereenkomsten waren arbeidsrechtelijk gezien op orde. De komende periode wordt deze actie voortgezet.

Ik ben van mening dat de basiskennmerken van het trekkingsrecht, waarbij er geen geld op de eigen rekening van de budgethouder terecht komt wel degelijk een bijdrage heeft geleverd aan de bestrijding van pgb-fraude.

### **Vraag 34**

Kan de regering in verband met verbeteringen omtrent het trekkingsrecht duidelijk maken welke ketenpartij waarvoor verantwoordelijk zijn en wie wie waarop gaat sturen.

### **Antwoord 34:**

In mijn brieven van 22 februari jl. (Kamerstuk 25 657, nr. 284) en 1 juni jl. (Kamerstuk 25 657, nr. 291) heb ik u mijn voornemen gemeld, om in overleg met verstrekkers, het structurele beheer van het door DSW gebouwde budgethoudersportaal inclusief ondersteunende portalen (onderdeel van het PGB 2.0 systeem) te beleggen binnen de daarvoor geldende rijkskaders bij een nog op te richten publieke organisatie. De contouren van deze organisatie, bijbehorende governance en sturingsrelaties worden momenteel in kaart gebracht. Zoals ik u heb gemeld zal dit proces tijd kosten en hebben ketenpartijen mij verzocht om het beheer tijdelijk bij VWS te beleggen. Zoals vermeld in mijn brieven van 22 februari en 1 juni jl. zal ik u na de zomer hierover informeren.

### **Vraag 35**

Voor mensen met dementie staan naast de beroepskrachten en vrijwilligers naar schatting 300.000 mantelzorgers klaar. Hoeveel van deze mantelzorgers zijn overbelast?

**Antwoord 35:**

Op dit moment lijdt een kwart miljoen mensen aan dementie in Nederland en zijn er zo'n 300.000 mantelzorgers die hen (mede) verzorgen. Vaak wordt mantelzorg als zwaarder ervaren als de mantelzorger samenwoont met de naaste met dementie. Uit SCP onderzoek uit 2015 blijkt dat 18% van deze groep mantelzorgers zich ernstig belast voelt, 28% voelt zich matig belast. De ervaren belasting is afhankelijk van de zorgsituatie van de mantelzorger. De laatste stand van zaken over mantelzorg vindt u in de brief van 2 juni 2017 (Kamerstuk 30 169, nr. 57).

**Vraag 36**

Hoeveel geld is er nodig om het door de gehele Tweede Kamer omarmde manifest Scherp op ouderenzorg uit te voeren? Is 100 miljoen euro genoeg om complexere zorg te kunnen verlenen, gegeven het feit dat goede personeelsbezetting in alle verpleeghuizen een centraal thema is in dit manifest?

**Antwoord 36:**

Sinds 13 januari 2017 is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg van kracht. Het kwaliteitskader bevat – net zoals het manifest «Scherp op ouderenzorg» – minimale vereiste normen voor een verantwoorde personeelssamenstelling. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 31 mei 2016 (Kamerstuk 31 765, nr. 273) geldt voor het kwaliteitskader dat er sprake is van een ingroeipad dat in hoofdzaak afhankelijk is van de restricties op de arbeidsmarkt en de absorptiecapaciteit van de verpleeghuizen. De NZa heeft een analyse uitgevoerd van de financiële impact van de personeelsnormen in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Uitgaande van een scenario waarin de best presterende instellingen als norm gelden voor alle instellingen is op basis van de huidige inzichten en het huidige wettelijke kader een bedrag van circa € 2,1 miljard structureel nodig. Daarbij is sprake van een efficiencyopdracht voor de sector: de minder goed presterende verpleeghuizen moeten hun prestaties verbeteren tot het niveau van de best presterende verpleeghuizen.

De generieke bezettingsnorm zoals opgenomen in het manifest «Scherp op ouderenzorg» is doorgerekend door het CPB in Kaart 2018–2021 (paragraaf 15.8). Deze bezettingsnorm komt niet één op één overeen met de bezettingsnormen uit het kwaliteitskader verpleeghuizen. De bezettingsnorm uit het manifest «Scherp op ouderenzorg» vergt volgens het CPB structureel een intensivering tussen € 2,3 miljard (variant «zorg en welzijn») en € 3,1 miljard (variant «zorg»). De kosten van de bezettingsnorm variëren bij de doorrekening van het CPB, doordat CPB bij de variant «zorg» alleen medewerkers met een zorgkwalificatie meetellen (zorghulpverleners, helpenden, verzorgenden IG, verpleegkundigen MBO en verpleegkundigen HBO) voor de bezettingsnorm. Bij de variant «zorg en welzijn» telt het CPB ook activiteitenbegeleiders met een creatieve, sociaalculturele of maatschappelijke kwalificatie mee. Het CPB merkt daarbij wel op dat de uitbreiding van het aantal medewerkers tijd zal kosten.

Het kabinet heeft eerder € 100 miljoen in 2017 beschikbaar gesteld voor de verpleeghuislocaties waar op dit moment sprake is van grote kwaliteitsproblemen en waar de basisveiligheid moet worden verbeterd. Hier bovenop komt in 2017 een bedrag van structureel € 100 miljoen, als eerste stap in de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg waarmee alle verpleeghuizen hun kwaliteit kunnen verbeteren. De financiële consequenties van invoering van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zullen in het kader van de begrotingsvoorbereiding 2018 en of de formatie worden bezien.

**Vraag 37**

Hoe staat het met de besteding van de in 2016 toegekende middelen voor dagbesteding en deskundigheidsbevordering in de ouderenzorg? Hoe is de verdeling van middelen over de beide doelen?

**Antwoord 37:**

Circa 750 organisaties hebben een aanvraag ingediend bij het zorgkantoor. De verdeling over de beide doelen is momenteel nog niet bekend. Een eerste, kwalitatieve evaluatie van de inzet van de extra middelen is in februari van dit jaar naar de Kamer gestuurd bij de voortgangsrapportage Waardigheid en Trots (Kamerstuk 31 765, nr. 262).

**Vraag 38**

Om hoeveel extra middelen voor complexere zorg in 2016 gaat het? Hoe komt dat geld in de sector terecht? Zijn er voorwaarden aan de besteding gekoppeld?

**Antwoord 38:**

De extra middelen Waardigheid en Trots, bestemd voor een zinvolle daginvulling voor bewoners en deskundigheidsbevordering van professionals, bedroegen in 2016 € 110 miljoen. Deze middelen zijn ingezet door middel van een tariefsopslag. Om in 2016 voor de extra middelen in aanmerking te komen, moesten zorgaanbieders uiterlijk 1 mei 2016 een plan indienen bij de zorgkantoren voor de besteding van de extra middelen. Enige voorwaarde voor de goedkeuring van het plan is de instemming van de Cliëntenraad, Ondernemingsraad en indien aanwezig de VAR. Daar zit ook de controle op een juiste besteding van de middelen: wanneer een zorgaanbieder de middelen onjuist inzet, mag er vanuit worden gegaan dat de Cliëntenraad en Ondernemingsraad hun goedkeuring aan een volgend plan onthouden en daarover in gesprek gaan met de bestuurder.

**Vraag 39**

Zijn er voor verzekerden consequenties verbonden aan het niet meedoen met preventieactiviteiten voor risicogroepen?

**Antwoord 39:**

Nee, zorgverzekeraars leggen geen sancties of dergelijke op aan verzekerden die niet meedoen aan preventieactiviteiten die zij aanbieden.

**Vraag 40**

Is het zo dat zorgverleners aan het eind van 2016 daadwerkelijk meer tijd aan zorg konden besteden dan aan papierwerk? En is bij zorgverleners het gevoel dat eigen initiatief en samenwerking wordt gewaardeerd daadwerkelijk toegenomen? Zijn er inderdaad nieuwe efficiënte en effectieve manieren van zorgverlening ontwikkeld?

**Antwoord 40:**

De afgelopen jaren hebben betrokken partijen samen met VWS maatregelen genomen die tot minder ervaren regeldruk en meer tijd voor zorg voor zorgverleners hebben geleid. Voor een nadere toelichting op de vermindering van regeldruk in de verschillende sectoren verwijs ik u naar de brieven die hierover dit voorjaar aan uw Kamer zijn gestuurd (Kamerstuk 29 515, nr. 399, Kamerstuk 29 515, nr. 400, Kamerstuk 29 515, nr. 415 en Kamerstuk 29 515, nr. 416).

Zo is met behulp van een scan die de ervaren afname van regeldruk meet in opdracht van VWS onderzocht in hoeverre de genomen maatregelen hebben geleid tot een merkbare vermindering van de ervaren regeldruk. De conclusie is dat bij huisartsen gemiddeld genomen zowel de ervaren

regeldruk als de tijd die zij besteden aan administratieve lasten is afgenomen. Bij 15 van de 19 maatregelen is een verlaging van de lastendruk zichtbaar.

Volgens dit onderzoek van Q-consult is de grootste vermindering te zien bij het voorschrijven van genees- en hulpmiddelen. Zo geven huisartsen aan gemiddeld een uur per maand minder kwijt te zijn aan het voorschrijven van verbandmiddelen bij langdurige wondzorg. Het voorschrijven van speciale voeding- en dieetpreparaten scheelt volgens hen gemiddeld een half uur per maand. Het is wel goed om ons te realiseren dat deze merkbaarheidsscan uitgaat van gemiddelden: er is een groep huisartsen die (nog) geen effect merkt en een groep die nu al een groot effect merkt van de maatregelen. In de farmacie en paramedie is dit jaar een 0-meting uitgevoerd en volgt in 2018 een 1-meting. Voor een nadere toelichting op dit rapport verwijs ik naar eerder genoemde voortgangsbrieven.

#### **Vraag 41**

Zijn soortgelijke initiatieven als «Het roer moet om» bekend in de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg?

#### **Antwoord 41:**

De kern van de aanpak van «Het roer moet om» was dat alle betrokken partijen actief een bijdrage hebben geleverd in het terugdringen van de administratieve lasten in de huisartsenzorg. Ook in de ouderen- en gehandicaptenzorg zijn regeldrukkelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen opgehaald. Over de aanpak die daaruit is voortgevloeid is de Tweede Kamer geïnformeerd bij brief van 30 maart 2017 (Kamerstuk 29 515, nr. 400). Zoals ook in deze brief wordt aangegeven zal een extra inzet worden gepleegd in het terugdringen van regeldruk en administratieve lasten vanuit het perspectief van de werkvloer, vanuit de relatie zorgverlener – cliënt. Waar loopt de zorgprofessional dagelijks op de werkvloer tegenaan en wat hindert hem/haar in het verlenen van goede zorg? Vanuit die blik kan verandering duurzaam en houdbaar bereikt worden. In die opzet is het centrale element van de aanpak van «Het roer moet om» daarmee terug te vinden.

#### **Vraag 42**

Welke 15 zorgaanbieders werken regelarm in het kader van de Innovatieplaats Cure?

#### **Antwoord 42:**

Eind 2015 is de inschrijving voor de Innovatieplaats Cure (IPC) gestart. Hierbij konden zorgaanbieders zich aanmelden voor experimenteeruimte voor nieuwe, innovatieve werkwijzen binnen de curatieve zorg die leiden tot meer kwaliteit en doelmatigheid, maar die vastlopen op wet- en regelgeving afkomstig van overheidsorganisaties op landelijk niveau (VWS, NZa en IGZ).

VWS heeft samen met toezichthouders alle 33 inzendingen geanalyseerd en beoordeeld. Gebleken is dat er allereerst al veel mogelijk was binnen de bestaande regelgeving. Veel van de knelpunten waren niet het gevolg van belemmerende wet- of regelgeving maar bijvoorbeeld het gevolg van onbekendheid over ruimte die bestaande wet- en regelgeving al biedt. Zo hebben we onduidelijkheid kunnen wegnemen over de mogelijkheden tot samenwerking tussen zorgaanbieders of de mogelijkheden om bepaalde zorg te bekostigen.

De IPC bevat nu zes experimenten. Eén van deze projecten, de digitalisering van farmaceutische patiëntendossiers, is al afgerond. De IGZ en



NZa hebben aangegeven dat dossiers digitaal bewaard mogen worden, mits de dossiers goed leesbaar, volledig/compleet, traceerbaar en toegankelijk zijn conform wet en regelgeving. De KNMP heeft vervolgens een handreiking opgesteld met alle eisen waaraan een digitaal dossier moet voldoen. Apothekers kunnen daardoor vanaf nu hun dossiers aan de hand van duidelijke regels digitaal opslaan. Dit betekent een forse vermindering van administratieve lasten en kosten voor apothekers.

De andere experimenten die momenteel verder worden uitgewerkt, hebben onder andere betrekking op het verminderen van de registratielast van kwaliteitsindicatoren, zoals Zinnvolle Registraties, en ruimte in de bekostiging, zoals bij het Bernhoven ziekenhuis.

Hieronder vindt u een overzicht van de experimenten:

1. Digitaliseren patiëntendossiers – *KNMP*
2. Zinnvolle Registraties – zorgaanbieder: UMCG, Radboud MC en Rijnstate
3. Waardegedreven zorg – zorgaanbieder: Erasmus MC
4. Droom (ruimte in bekostiging) – *zorgaanbieder: Bernhoven*
5. Telelogopedie – zorgaanbieder: Tiny Eye
6. Mobiele oogpoli – zorgaanbieder: Oogziekenhuis

#### **Vraag 43**

Kunt u voorbeelden geven van slecht bestuur en hoe die worden aangepakt?

#### **Antwoord 43:**

Goed bestuur is een belangrijke randvoorwaarde voor goede zorg. Het is aan de zorgaanbieder zelf om ervoor te zorgen dat deze randvoorwaarde op orde is. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bekijkt in haar toezicht of er sprake is van goed bestuur en grijpt in wanneer de kwaliteit en veiligheid van zorg in gevaar komt. De regering heeft daar geen oordeel over of rol in. De IGZ beschikt over diverse handhavinginstrumentaria op basis van wet- en regelgeving waarmee zij kan ingrijpen.

#### **Vraag 44**

Hebben alle zorgaanbieders per 31 december 2016 hun klachtenregeling ingeregeld conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)?

#### **Antwoord 44:**

Alle zorgaanbieders zijn verplicht de Wkkgz-klachtenregeling op orde te hebben per 1 januari 2017. De IGZ houdt hier toezicht op.

Ik ontvang signalen dat de groep ZZP-ers mogelijk nog niet allemaal aan de Wkkgz-eisen voldoet. ZZP-ers worstelen met de vraag hoe ze handen en voeten kunnen geven aan de Wkkgz, met beperkte administratieve lasten. Om de ZZP-ers te faciliteren publiceer ik binnenkort een handreiking Wkkgz voor ZZP-ers.

Inmiddels heb ik Nivel opdracht gegeven om de Wkkgz monitor uit te voeren. Deze monitor zal een beeld geven van de implementatie van de Wkkgz door de zorgaanbieders. Ik verwacht uw Kamer begin 2018 over de resultaten van de monitor Wkkgz te kunnen informeren.

#### **Vraag 45**

Hoeveel fraudesignalen heeft de Nederlandse Zorgautoriteit onderzocht en wat heeft dit opgeleverd?

#### **Antwoord 45:**

De NZa heeft in 2016 in totaal meer dan 2000 meldingen ontvangen. In de rapportage «uw melding ons toezicht» van de NZa ([https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Uw\\_melding\\_ons\\_toezicht](https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Uw_melding_ons_toezicht))

uitgave\_kwartaal\_4\_van\_2016) kunt u per kwartaal zien wat de NZa met de meldingen doet. Deze meldingen zien onder andere op transparantie, zorgplicht, contractering en (in)correct declareren. Alle signalen die zien op fraude in de zorg worden door de NZa doorgezet naar het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). Het IKZ zet de melding door naar de organisatie die het signaal het beste kan oppakken. De NZa heeft in 2016 ruim 250 van dergelijke meldingen doorgezet naar het IKZ.

**Vraag 46**

Over 150 aandoeningen zijn korte informatieve teksten beschikbaar. Hoeveel aandoeningen zijn er in totaal en op welke termijn komen daar informatieve teksten voor beschikbaar?

**Antwoord 46:**

De Minister van VWS heeft in 2015, het Jaar van de transparantie, een rigoureuus plan gepresenteerd zodat patiënten meer en betere informatie krijgen over hun zorg. In dat jaar zijn grote stappen gezet, waaronder de overdracht van bijna 300 medisch specialistische richtlijnen van de Federatie Medisch Specialisten, Patiëntenfederatie Nederland en Zorgverzekeraars Nederland naar het Register van het Kwaliteitsinstituut. Ook zijn, volgens planning, van 150 van die richtlijnen teksten in patiënt-begrijpelijke taal ontwikkeld. De partijen zijn hier sinds die tijd mee verder gegaan en ondertussen zijn van ruim 200 richtlijnen teksten in patiëntbegrijpelijke taal beschikbaar. Daarnaast is afgesproken dat het ontwikkelen van teksten in patiëntbegrijpelijke taal voortaan structureel onderdeel uitmaakt van het proces van alle richtlijnontwikkeling.

**Vraag 47**

Welke financiële resultaten zijn er bereikt door de nauwere samenwerking op Europees gebied op het terrein van geneesmiddelen

**Antwoord 47:**

De nauwere samenwerking rond geneesmiddelenprijzen tussen België, Nederland, Luxemburg en Oostenrijk («BeNeLuxA») bestaat uit twee onderdelen: enerzijds het vergroten van slagkracht door het bundelen en delen van kennis en expertise, anderzijds het vergroten van marktmacht door het voeren van gezamenlijke onderhandelingen.

In de samenwerking worden *pilots* uitgevoerd voor gezamenlijke geneesmiddelbeoordelingen en onderhandelingen. Er is op dit moment sprake van drie pilots. Bij één pilot is de gezamenlijke beoordeling uitgevoerd en heeft ook een gezamenlijke onderhandeling plaatsgevonden. Het betreft hier de prijsonderhandelingen voor een nieuw geneesmiddel tegen cystische fibrose dat zonder resultaat is beëindigd en waarover ik uw Kamer op 23 mei 2017 (Kamerstuk 29 477, nr. 427) heb bericht. De overige twee pilots bevinden zich nog in de fase van de gezamenlijke beoordeling.

**Vraag 48**

Welke afspraken op Europees beleid zijn gemaakt op het terrein van gezondere voeding?

**Antwoord 48:**

Tijdens het Nederlandse voorzitterschap van de EU in de eerste helft van 2016 is sterk ingezet op een gezamenlijke aanpak van productverbetering gericht op verlaging van zout, (verzadigd) vet en suikers in levensmiddelen (Kamerstuk 31 532, nr. 177). Lidstaten, de Europese Commissie, WHO, bedrijfsleven en ngo's hebben het belang onderschreven van een gezamenlijke aanpak hiervoor. Ook zijn in 2016 de eerste concrete afspraken gemaakt tijdens een conferentie in Amsterdam en vastgelegd in

een publiek-private Roadmap for Action on Food Product Improvement. Die afspraken zijn bevestigd in Raadsconclusies over verbetering van Voedingsproducten en staan daarmee op de politieke agenda in Europa. Er is een Europese *benchmark* voor 2020 afgesproken die stelt dat toegevoegde suikers 10% verlaagd moeten zijn ten opzichte van 2015. Voor suiker zijn Europese werkgroepen van start gegaan voor elk van de 3 meest relevante productgroepen (zuivelproducten, frisdranken en ontbijtgranen).

**Vraag 49**

Wat is de oorzaak van hogere uitgaven (de € 25 miljoen) aan geneesmiddelen?

**Antwoord 49:**

Het betreft een relatief kleine overschrijding op het budgettaire kader voor extramurale geneesmiddelen (betreft 0,5% op het totaal aan uitgaven aan extramurale geneesmiddelen) en de cijfers zijn nog onzeker. Daardoor zijn hier op dit moment geen duidelijke oorzaken voor aan te wijzen (in afwachting van nadere cijfers over 2016).

**Vraag 50**

Kunt u een overzicht sturen wat de winsten van alle zorgverzekeraars in totaal en afzonderlijk waren vanaf 2006 t/m 2016?

**Antwoord 50:**

DNB publiceert jaarlijks – op basis van de verslagstaten DNB – een landelijk overzicht technische rekening zorgverzekeraars voor de basisverzekering. Deze overzichten zijn beschikbaar van 2007 t/m 2015.

Jaar	Resultaat technische rekening (x € 1 miljoen)
2007	- 269
2008	- 218
2009	464
2010	125
2011	381
2012	937
2013	1.229
2014	918
2015	323

Bron: DNB

Het resultaat conform jaarrekeningen 2015 is het resultaat na aftrek van teruggave in de premie 2016 en *inclusief* het resultaat behaald op de aanvullende verzekering, zorgkantoren, dochtermaatschappijen en geconsolideerde stichtingen. Bovenstaande cijfers betreffen de resultaten conform de systematiek van de jaarrekeningen. Bij het resultaat «technische rekening» blijft het resultaat van de «niet-technische» rekening buiten beeld. Het gaat hier voornamelijk om (een deel van) de opbrengsten uit beleggingen (een gemiddelde opbrengst van ruim € 100 miljoen voor alle verzekeraars samen).

Vanwege het hanteren van schade- en premievoorzieningen zijn uitkomsten van het technisch resultaat niet eenvoudig af te leiden van de openbare statistieken en de jaarverslagen. Daarom presenteren zorgverzekeraars met ingang van 2015 de transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering op de eigen website. In deze overzichten zijn de jaarcijfers op een meer begrijpelijke wijze opgebouwd en zijn tevens naar concern beschikbaar.

Het resultaat conform de transparantieoverzichten beperkt zich tot de basisverzekering en wijkt af van het resultaat conform de jaarrekeningen. Zie de beantwoording van vraag 55 voor de jaarcijfers 2015 per zorgverzekeraar.

**Vraag 51**

Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2016? Welke reserves waren wettelijk verplicht?

**Antwoord 51:**

De cijfers 2016 zijn nog niet beschikbaar.

**Vraag 52**

Welke zorgverzekeraars hebben verzekerden gelokt met cadeaus over 2016?

**Antwoord 52:**

In de monitor van het overstapeseizoen van 2016–2017 is nagegaan in hoeverre zorgverzekeraars cadeaus of actiekortingen verstrekt hebben. De resultaten van deze monitor heb ik op 18 april 2017 naar uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 29 689, nr. 826). Tijdens het overstapeseizoen 2016–2017 hebben drie zorgverzekeraars een cadeau of actiekorting gehanteerd. Zo verstrekte Pro Life een gratis CD, DVD of boek indien een verzekerde een offerte aanvraag. Anderzorg had een «Tip een vriend»-actie. Bij deze actie ontving een verzekerde een beloning van € 40 indien een ander zich via zijn/haar promotiepagina aanmeldde. ZEKUR bood de actie «Verdien € 12,50» als verzekerden een nieuwe lid aanbrachten.

In het overstapeseizoen van 2016–2017 hebben zorgverzekeraars minder welkomstacties gehanteerd dan tijdens het vorige overstapeseizoen. Zorgverzekeraars hanteren het uitgangspunt dat zij aspirant verzekerden niet gunstiger zullen behandelen dan huidige verzekerden. Dit maakt dat zij terughoudend zijn met het verstrekken van actiekortingen en geschenken aan nieuwe verzekerden.

**Vraag 53**

Hebben de bestuurders van zorgverzekeraars bonussen ontvangen over 2016?

**Antwoord 53:**

Instellingen zijn verplicht om transparant te zijn over variabele beloningen in de toelichting op de jaarrekening wanneer deze leiden tot een overschrijding van het toepasselijke bezoldigingsmaximum. De jaarrekeningen over het boekjaar 2016 komen beschikbaar na 1 juli 2017. Tot op heden zijn door het CIBG ook geen accountantsmeldingen ontvangen over variabele beloningen aan bestuurders van zorgverzekeraars in 2016.

**Vraag 54**

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

**Antwoord 54:**

Conform de publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2015, zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars, bedroegen de bedrijfskosten van zorgverzekeraars in 2015 bijna € 1,3 miljard. In onderstaande tabel zijn de bedrijfskosten per zorgverzekeraar opgenomen, absoluut en als percentage van zorgkosten eigen rekening.

**Bedrijfskosten 2015 concernniveau (x € 1.000), basisverzekering**

Concern	Bedrijfskosten (abs)	Bedrijfskosten (% zorgkosten)
ASR	28.765	5,7%
CZ	178.033	2,3%
De Friesland	48.258	3,9%
DSW	33.256	3,7%
Eno	23.719	7,7%
Menzis	143.481	2,9%
ONVZ	41.702	5,0%
Stad Holland	7.929	5,4%
VGZ	326.923	3,6%
Zilveren Kruis	418.294	4,0%
Zorg en Zekerheid	30.974	3,2%
<b>Totaal</b>	<b>1.281.334</b>	<b>3,4%</b>

Bron: transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2015, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

**Vraag 55**

Hoeveel premiegeld verdwijnt in het eigen vermogen van de zorgverzekeraars? Kunt u een totaaloverzicht hiervan geven en een overzicht per zorgverzekeraar?

**Antwoord 55:**

In onderstaande tabel is per zorgverzekeraar het resultaat 2015 en de bestemming van het resultaat 2015 basisverzekering opgenomen. Uiterlijk 1 juli zijn de cijfers voor 2016 bekend.

**Resultaat 2015 en bestemming van het resultaat (bedragen x € 1.000).**

Concern	Resultaat 2015	Bestemming lagere premie 2016	Bestemming toevoeging reserves
ASR	37	35	2
CZ	558	562	- 4
De Friesland	102	83	20
DSW	86	55	31
Eno	- 3	0	- 3
Menzis	254	296	- 42
ONVZ	66	54	12
Stad Holland	25	11	15
VGZ	534	365	169
Zilveren Kruis	610	391	219
Z&Z	61	49	12
<b>Totaal</b>	<b>2.331</b>	<b>1.899</b>	<b>432</b>

Bron: meest actuele transparantieoverzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2015, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op de website.

**Vraag 56**

Hoe vaak komt het voor dat medicijnen waarvan het patent is verlopen in prijs verhoogd worden, zodra een andere geneesmiddelenfabrikant de registratie van het medicijn heeft overgenomen?

**Antwoord 56:**

Normaliter gaan geneesmiddelenprijzen omlaag als een patent verloopt. Regelmatig worden registraties van geneesmiddelen overgedragen tussen fabrikanten, vooral als het patent (lang geleden) verlopen is. Omdat een dergelijke overdracht niet wordt geregistreerd, is het ons niet bekend hoe vaak een dergelijke overname van registraties leidt tot prijsverhoging van het betreffende geneesmiddel. Het aantal signalen van een prijsstijging is op jaarbasis echter beperkt.

**Vraag 57**

Hoe vaak komt het voor dat patiënten moeten gaan bijbetalen, nadat de prijs van hun medicijn is verhoogd omdat een andere geneesmiddelenfabrikant de registratie van het medicijn heeft overgenomen?

**Antwoord 57:**

Zoals bij vraag 56 is geantwoord, wordt er niet geregistreerd hoe vaak in Nederland van registratiehouder wordt gewisseld en of de prijs hierdoor verandert. Hierdoor zijn er ook geen gegevens over de eventuele bijbetaling voor patiënten voor deze middelen.

**Vraag 58**

Hoeveel subsidie heeft Nictiz gekregen met welke doelstelling en waarom was dit doeltreffend?

**Antwoord 58:**

De instellingssubsidie voor Nictiz bedroeg voor 2016 € 5,4 miljoen. In de missie van Nictiz staat dat zij streeft naar betere zorg door betere informatie. De activiteiten van Nictiz hebben als doel zorginhoudelijke informatie te standaardiseren, ter bevordering van interoperabiliteit. Daarnaast heeft zij de functie kennis- en expertisecentrum voor eHealth. Nictiz ondersteunt hiermee het zorgveld bij het benutten van ICT om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

In 2016 is een beleidsdoorlichting uitgevoerd van het begrotingsartikel 2.1. «Kwaliteit en Veiligheid» (Kamerstuk 32 772, nr. 20) en daaruit bleek dat de inzet van Nictiz positieve effecten heeft gehad op terrein van standaardisatie in de zorg en daarom is deze inzet beoordeeld als doeltreffend. Verschillende stakeholders geven aan dat Nictiz een belangrijke bijdrage levert aan bevordering van het gebruik van standaarden voor informatie-uitwisseling in de zorg. De verbindende rol en de expertise van Nictiz worden daarbij als belangrijke waarden genoemd.

**Vraag 59**

Hoe wordt de veiligheid van ggz-patiëntgegevens gegarandeerd, nu duidelijk is dat Stichting Benchmark Ggz de gegevens onrechtmatig verzamelt?

**Antwoord 59:**

Er is geen sprake van onrechtmatige verzameling van gegevens, zolang de patiënt toestemming geeft. De zorgaanbieder kan deze toestemming vragen aan de patiënt. Voor een uitgebreid antwoord op deze vraag en toelichting op de maatregelen van Stichting Benchmark Ggz (SBG) om de privacy van patiënten te waarborgen verwijs ik u graag naar de antwoorden op eerder gestelde Kamervragen van de SP d.d. 23 maart 2017 (Aanhangsel Handelingen II 2016/17, nr. 1477) en 8 mei 2017 (Aanhangsel Handelingen II 2016/17, nr. 1776).

**Vraag 60**

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

**Antwoord 60:**

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

Het Nivel-onderzoek wijst uit dat 3% van de mensen vanwege financiële redenen afziet van een bezoek aan de huisarts. Dit percentage is onveranderd in vergelijking met 2009 en 2012. Daarnaast haalde in 2014 29% van de patiënten een geneesmiddel niet op. Dit percentage ligt lager dan in 2008 en 2009. Toen haalde respectievelijk 34% en 35% van de patiënten een geneesmiddel niet op. In de periode 2010–2013 is het aantal personen dat een verwijzing voor medisch-specialistische zorg niet opvolgt met 9 procentpunt gestegen (van 18 naar 27%). De sterkste stijging heeft in 2011 en 2012 plaatsgevonden, terwijl de stijging in 2013 (het jaar van de sterke verhoging van het eigen risico tot € 350) juist relatief beperkt is. Er zijn dus aanwijzingen dat ook niet-financiële redenen een rol spelen bij het mijden van zorg.

#### **Vraag 61**

Hoeveel mensen hebben afgezien van zorg, vanwege het te hoge eigen risico?

#### **Antwoord 61:**

Zie het antwoord op vraag 60.

#### **Vraag 62**

Voor hoeveel locaties in de intramurale geestelijke gezondheidszorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

#### **Antwoord 62:**

Ik heb geen overzicht van het aantal locaties in de intramurale geestelijke gezondheidszorg met wachtlijsten en omvang ervan. Wel zijn zorgaanbieders verplicht om hun wachttijden periodiek te publiceren. Daarbij gaat het om een zo realistisch mogelijke inschatting van de wachttijd. Als er afwijkende wachttijden gelden voor bepaalde diagnoses of verzekerden van een bepaalde verzekeraar, dan moeten aanbieders die apart vermelden. Dankzij de publicatie van wachttijden weten patiënten ongeveer wanneer ze aan de beurt zijn en kunnen ze wachttijden van verschillende zorgaanbieders met elkaar vergelijken. Sinds 2016 moeten ook vrijgevestigden hun wachttijden publiceren. De NZa besteedt expliciet aandacht aan wachttijden in de ggz. Begin dit jaar heb ik patiënten opgeroepen om te melden bij de NZa als zij (te) lang moeten wachten. De NZa heeft in 2017 (tot en met medio mei) circa 64 meldingen ontvangen over wachttijden ggz, 20 meldingen daarvan zijn van mensen die nu te lang op zorg wachten. De overige meldingen zijn met name van mensen die inmiddels in zorg zijn, maar in het verleden te lang hebben gewacht op zorg en dit alsnog gemeld hebben. De melder moet schriftelijke toestemming geven aan de NZa om contact te kunnen opnemen met de zorgverzekeraar. Tot nu toe hebben 3 melders hier toestemming voor gegeven. Voor de andere melders geldt dat dit proces gaande is. Verzekeraars koppelen vervolgens aan de NZa terug welke actie zij hebben ondernomen.

De NZa heeft ten aanzien van de ggz een speciaal actieplan opgesteld, dit actieplan omvat in hoofdlijnen:

- Patiënten die te lang moeten wachten kunnen zich blijven melden bij de NZa. De NZa onderzoekt alle meldingen die zij krijgt en zal de betreffende zorgverzekeraar waar nodig en mogelijk verzoeken actie te ondernemen. De NZa zal de opvolging monitoren.
- Zorgverzekeraars zijn door de NZa gevraagd om verbeterplannen op te leveren op het gebied van zorgplicht en wachttijden. Op dit moment beoordeelt de NZa de rapportages van verzekeraars over de verbeteringen die zij hebben gevraagd. De NZa koppelt haar bevindingen voor

- de zomer terug aan de zorgverzekeraars, zodat daar waar nodig aanvullende acties op volgen.
- De NZa verwacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars nauwe samenwerking om de wachtlijsten in de ggz terug te dringen en te voorkomen. De NZa zal hier op sturen.
  - Het is daarnaast noodzakelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders goede en specifieke (meerjaren-)afspraken maken over de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen en autisme. Hierbij kan bijvoorbeeld geld geoormerkt worden voor deze zorg.
  - De NZa zal de wachttijden in de ggz nauwlettend blijven monitoren. Ook zal de NZa handhaven als de verbeteracties van de zorgverzekeraars niet leiden tot kortere wachttijden.

Overigens wordt € 280 miljoen van de voor ggz-zorg uitgetrokken financiering niet benut.

### **Vraag 63**

Hoe zien de wachtlijsten eruit bij zorginstellingen die gefinancierd worden vanuit de zorgverzekeringswet, inclusief de ggz?

#### **Antwoord 63:**

De marktscan medisch- specialistische zorg 2016 en de marktscan ggz 2016 van de NZa zijn op 31 mei 2017 (Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353) aan uw Kamer aangeboden. De beide marktscans geven een beeld van de wachttijdontwikkelingen.

Voor de medisch-specialistische zorg: zie het antwoord op vraag 11.

Voor de ggz: zie het antwoord op vraag 153.

### **Vraag 64**

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

#### **Antwoord 64:**

Ik beschik niet over cijfers over het aantal ontslagen vanwege bezuinigingen. In de monitor sectorplannen<sup>2</sup> die op 8 november 2016 naar de Tweede Kamer is gestuurd (bijlage bij Kamerstuk 29 282, nr. 260), zijn gegevens over ontslag via het UWV opgenomen, uitgesplitst naar sector. De reden van ontslag is onbekend.

In de periode januari 2014 tot en met juni 2016 betreft het aantal door het UWV verleende ontslagvergunningen voor de sector zorg en welzijn als geheel ongeveer 7.000. Bij het gebruik van vaststellingsovereenkomsten in geval van ontslag met wederzijds goedvinden, ontslag via de kantonrechter en faillissementen is er geen ontslagvergunning van het UWV noodzakelijk. Deze mensen zitten dus niet in bovenstaande cijfers, maar kunnen wel recht hebben op WW.

U ontvangt op korte termijn de laatste rapportage van de monitor sectorplannen met daarin cijfers over ontslagen binnen zorg en welzijn.

### **Vraag 65**

Kunt u omschrijving geven van wat de zinsnede «maatschappelijke beweging op gang gebracht naar een vitaler en gezonder Nederland» betekent? Waar herkennen we die beweging aan in de praktijk?

#### **Antwoord 65:**

---

<sup>2</sup> Monitor sectorplannen augustus 2016, bijlage bij Kamerstuk 29 282, nr. 260.



Wij willen dat gezondheid en vitaliteit vanzelfsprekende onderdelen worden van het dagelijkse leven. Dat kunnen we als rijksoverheid niet alleen. De maatschappelijke beweging die op gang wordt gebracht houdt in dat veel partijen, zowel publiek als privaat en zowel binnen als buiten de zorg, hieraan een bijdrage leveren. Deze beweging wordt onder andere ondersteund door het programmabureau Alles is gezondheid, als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie. De monitor van dit programma laat zien dat steeds meer partijen betrokken zijn bij maatschappelijke initiatieven om de gezondheid van Nederlanders te verbeteren. Zo zijn meer dan 2.000 partijen inmiddels partners van het programma. Zij werken ook steeds meer samen, zowel geografisch als op basis van thema's zoals gezondheid en laaggeletterdheid, groen en gezondheid, en positieve gezondheid. Wij hebben uw Kamer in mei 2017 uitgebreid over de voortgang geïnformeerd (Kamerstuk 32 793, nr. 269, [www.allesisgezondheid.nl/monitoring](http://www.allesisgezondheid.nl/monitoring)). Naast het programma Alles is gezondheid bieden de grote leefstijlprogramma's zoals jongeren op gezond gewicht (JOGG) en de gezonde school een praktische aanpak voor grote groepen jongeren voor een gezonde leefstijl.

**Vraag 66**

Wanneer kan de Tweede Kamer het onderzoek verwachten naar de daling van de vaccinatiegraad bij zuigelingen?

**Antwoord 66:**

Het jaarlijkse RIVM-rapport over de vaccinatiegraad binnen het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) verschijnt in juni. Op grond van onder andere de inhoud van dit rapport wordt besloten of en zo ja welk verdiepend onderzoek naar de oorzaak van de daling van de vaccinatiegraad nuttig is in 2017.

**Vraag 67**

Waarom heeft u ervoor gekozen om het budget voor de uitvoering van de landelijke nota gezondheidsbeleid / Nationaal Programma Preventie voor 2016 in eerste instantie te verdubbelen ten opzichte van het budget in 2015, terwijl nu blijkt dat slechts de helft van deze middelen gebruikt zijn?

**Antwoord 67:**

In totaliteit is in 2016 niet minder uitgegeven dan begroot voor de uitvoering van de landelijke nota gezondheidsbeleid / Nationaal Programma Preventie. Vanwege de naleving van de regels van Verantwoord Begroten is dit budget overgeheveld naar het instrument Bijdragen aan Agentschappen: RIVM: Wettelijke taken en beleidsondersteuning zorgbreed. Het RIVM heeft met dit budget onder andere de opdrachten Communicatie Alles is Gezondheid..., Integrale aanpak Preventie in de wijk, de ontwikkeling van de Staat van Volksgezondheid en Zorg (extra kosten) én het samenstellen van een indicatorenset voor het stelsel van de publieke gezondheid uitgevoerd.

**Vraag 68**

Waaruit bestonden de extra taken voor de Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit (NVWA) ten aanzien van de tabaksproductenrichtlijn?

**Antwoord 68:**

Met de implementatie van de tabaksproductenrichtlijn is de wetgeving in 2016 gewijzigd en daardoor een aantal terreinen waar de NVWA toezicht op houdt. Met het ingaan van de nieuwe wetgeving in mei 2016 is het toezicht door de NVWA uitgebreid met onder meer toezicht op het reclameverbod en de leeftijdsgrens voor e-sigaretten. Ook traden in mei 2016 de nieuwe samenstellings- en etiketteringseisen in werking,

waaronder de gecombineerde gezondheidswaarschuwing met afschrikwekkende afbeelding.

### Vraag 69

Welke doelstellingen heeft het meerjarig onderzoeksprogramma met betrekking tot de risicoverevening? Wat zijn de beoogde resultaten?

#### Antwoord 69:

- Op 16 september 2016 heeft de Minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over het meerjarige onderzoeksprogramma voor de risicoverevening (Kamerstuk 29 689, nr. 766 bijlage 2). In de begeleidende brief heeft de Minister uiteengezet wat de doelen daarvan zijn.
- Het is de ambitie dat de risicoverevening jaarlijks verder wordt verbeterd, zodat het gelijke speelveld tussen verzekeraars behouden blijft, de prikkels tot risicoselectie worden beperkt en verzekeraars optimale doelmatigheidsprikkels ervaren. Verbeteringen zijn alleen mogelijk door gedegen onderzoek te doen.
- Mede op basis van het in het jaarverslag genoemde symposium over de toekomst van de risicoverevening en de 21 position papers die veldpartijen daarvoor hebben geschreven, heeft de Minister de volgende prioriteiten vastgesteld voor het onderzoeksprogramma:
  - A. doorontwikkeling compensatie van chronisch zieken en andere kwetsbare groepen;
  - B. vervanging van de onorthodoxe kenmerken gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar;
  - C. doorontwikkeling van de risicoverevening voor de ggz;
  - D. meer fundamenteel onderzoek met een langere doorlooptijd.

In juni 2017 wordt de Tweede Kamer – conform toezegging in de eerdergenoemde brief – geïnformeerd over de resultaten van de onderzoeken die dit jaar zijn afgerond. In die brief wordt ook ingegaan op de verbeteringen die per 2018 in de risicoverevening mogelijk zijn, als gevolg van deze onderzoeken.

### Vraag 70

Kunt u het aantal geregistreerden in het donorregister in de jaren 2015 en 2016 verder toespitsen op de gemaakte registratiekeuze?

#### Antwoord 70:

Hieronder treft u een overzicht aan van het aantal geregistreerden in 2015 en 2016, onderverdeeld in de gemaakte registratiekeuze.

#### Geregistreerden 2015

Toestemming	2.866.157
Toestemming met donatiebeperkingen	731.133
Geen toestemming	1.562.181
Nabestaanden beslissen	604.183
Aangewezen persoon beslist	102.177
<b>TOTAAL</b>	<b>5.865.831</b>

#### Geregistreerden 2016

Toestemming	2.892.490
Toestemming met donatiebeperkingen	751.042
Geen toestemming	1.708.454
Nabestaanden beslissen	608.844
Aangewezen persoon beslist	101.407
<b>TOTAAL</b>	<b>6.062.237</b>

### Vraag 71

Kunt u inzicht geven in het aantal nee-registraties over de periode 2008–2016?

#### Antwoord 71:

Hieronder een overzicht van het totaal en procentueel aantal nee-registraties in de periode 2008–2016.

#### Aantal nee-registraties 2008–2016

Jaar	Aantal	Procentueel
2008	1.614.904	30,10%
2009	1.628.054	29,80%
2010	1.615.753	29,10%
2011	1.597.928	28,40%
2012	1.590.740	27,90%
2013	1.584.432	27,50%
2014	1.576.812	27,10%
2015	1.562.181	26,60%
2016	1.708.454	28,20%

### Vraag 72

Kunt u een overzicht geven van de kosten aan zorg voor illegalen en onverzekerbare vreemdelingen over de afgelopen 10 jaar?

#### Antwoord 72:

Op 1 januari 2009 is de wettelijke bijdrageregeling in werking getreden op grond waarvan zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen aan onverzekerbare vreemdelingen die de kosten van de verleende zorg zelf niet kunnen betalen. Een overzicht van de kosten in de jaren 2009 tot en met 2016 vindt u hieronder.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Zorgkosten x € 1.000	6.790	14.414	22.221	21.373	29.779	30.833	30.762	33.496 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> voorlopig realisatiecijfer

### Vraag 73

Kunt u inzicht geven in de herverdeling van middelen van verzekeraars van gezonde verzekerden naar chronisch zieken over de periode 2006–2016, zowel als percentage van de totale zorgkosten binnen de somatische zorg als absoluut?

#### Antwoord 73:

Onderstaand wordt de ontwikkeling van de herverdeling van gezonde verzekerden naar ongezonde (chronisch zieke) verzekerden gepresenteerd in de periode 2006–2016. Het betreft alleen de somatische zorgkosten<sup>3</sup>. Absoluut is de herverdeling in de periode opgelopen van € 5,2 miljard in 2006 naar € 15,9 miljard in 2016.

Van de totale somatische kosten wordt in 2016 41% herverdeeld. Belangrijke oorzaak voor de toename ten opzichte van 2015 is de aanzienlijke aanpassing van het vereveningsmodel.

	2006	2010	2014	2015	2016
Herverdeling in miljarden euro's	5,2	6,9	10,6	12,4	15,9
Herverdeling in % van de kosten	26	26	32	33	41

<sup>3</sup> Vanwege actualisaties wijkt 2016 af van de tabel uit de kamerbrief van 16 juni 2015 (Kamerstuk 29 689, nr. 617).

**Vraag 74**

Kan de regering toelichten hoeveel het bedrag aan premie + bestuurlijke boete is dat uit staat als er in 2016 bijna 276.000 wanbetalers zijn?

**Antwoord 74:**

In de wanbetalersregeling is geen sprake van een verschuldigde premie en een afzonderlijke bestuurlijke boete. Wanbetalers zijn aan het CAK één totaalbedrag, namelijk de bestuursrechtelijke premie, verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie (€ 134,38 per maand) bestaat uit de geraamde gemiddelde nominale premie plus 25%.

Ultimo 2016 stond er € 1,3 miljard open aan bestuursrechtelijke premie. U kunt onder andere de informatie over de opgelegde, ontvangen en openstaande bestuursrechtelijke premie vinden in de Verzekerdenmonitor (Verzekerdenmonitor 2016, TK 33 077, nr. 16) die uw Kamer ieder najaar ontvangt.

**Vraag 75**

Waarom stromen er minder wanbetalers door dan verwacht?

**Antwoord 75:**

Bij de beantwoording ga ik er vanuit dat de vraag betrekking heeft op de volgende zin uit het jaarverslag VWS 2016; *«Hoewel een relatief grote groep inderdaad is uitgestroomd, stromen er minder mensen dan verwacht uit bij wie de bestuursrechtelijke premie door middel van broninhouding werd geïnd.»*

Bij de groep wanbetalers waarbij de bestuursrechtelijke premie door het Zorginstituut (nu: CAK) op het inkomen wordt ingehouden wordt meer bestuursrechtelijke premie geïnd dan bij de groep die doorstroomt naar het CJIB. Het betreft een groep met een stabielere inkomen. Bij de groep wanbetalers die doorstroomt naar het CJIB wordt eventuele zorgtoeslag omgeleid en voor het resterende deel van de bestuursrechtelijke premie wordt een acceptgiro gestuurd.

De verwachting was dat zorgverzekeraars vooral betalingsregelingen zouden afspreken met wanbetalers bij wie de bestuursrechtelijke premie wordt ingehouden op het inkomen, vanwege het stabielere inkomen. In de praktijk worden betalingsregelingen ook afgesproken met de groep wanbetalers bij het CJIB. Zorgverzekeraars weten bij het voorleggen van een betalingsregeling overigens niet of de wanbetaler wel of niet is doorgestroomd naar het CJIB.

Omdat het aantal wanbetalers dat in 2016 is uitgestroomd minder vaak dan verwacht uit de groep wanbetalers met broninhouding kwam, zijn de ontvangsten bestuursrechtelijke premie hoger dan verwacht.

**Vraag 76**

Kan inzicht worden gegeven in de opbrengsten van de eigen bijdragen voor zowel de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 als de Wet langdurige zorg (Wlz) in het jaar 2016?

**Antwoord 76:**

De opbrengsten uit eigen bijdragen Wlz bedragen € 1.882,9 miljoen (Jaarverslag VWS 2016, Kamerstuk 34 725 XVI, pagina 254). Voor de Wmo zijn het de gemeenten die de eigen bijdragen ontvangen, de opbrengsten worden daarom niet geraamd op de VWS begroting. Deze opbrengsten zijn wel terug te vinden in de monitor langdurige zorg (<https://>

www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/eigen-bijdrage). Op basis van voorlopige cijfers bedraagt de voorlopige opgelegde eigen bijdrage in de Wmo € 336,7 miljoen in 2016.

**Vraag 77**

Hoeveel mensen maakten in 2016 gebruik van een volledig pakket thuis (VPT) en hoeveel mensen van een modulair pakket thuis (MPT)? Hoe verhoudt dit aantal zich tot het aantal VPT's en MPT's in 2015?

**Antwoord 77:**

Zorginstituut Nederland stelt gegevens beschikbaar aan VWS over het gebruik van zorg. Dit zijn gegevens over het aantal cliënten dat op een peildatum gebruik maakt van zorg.

Op 1 juli 2016 maakten 7.224 cliënten met een Wlz-profiel/zzp gebruik van een VPT. Ten opzichte van 1 juli 2015 is dit aantal met 17,6% gestegen. Op 1 juli 2016 maakten 22.480 cliënten met een Wlz-profiel/zzp gebruik van een MPT. Ten opzichte van 1 juli 2015 is dit aantal gedaald met 3,3%. (Bron: Zorginstituut Nederland)

**Vraag 78**

In 2016 bedroeg de rijksbijdrage circa 1,4 miljard. Is dat conform de voorziene afbouw reeks (van 1,8 in 2015 naar 0 in 2019)?

**Antwoord 78:**

Ja.

**Vraag 79**

Hoeveel overheadkosten berekenen gemeenten gemiddeld ten aanzien van de Wmo en de Jeugdhulp? Indien dit niet bekend is, bent u bereid dit te onderzoeken?

**Antwoord 79:**

Het Rijk beschikt niet over informatie met betrekking tot de door gemeenten «berekende» overheadkosten voor Wmo-ondersteuning en Jeugdhulp. Ik ben ook niet voornemens dit te onderzoeken vanwege de bestuurlijke verhoudingen tussen het Rijk en de gemeenten zoals vervat in de Wmo 2015 & Jeugdwet. Daar komt bij dat gemeenten zeer verschillende zaken al dan niet tot hun overhead rekenen en dan appels en peren met elkaar worden vergeleken.

**Vraag 80**

Hoeveel en welke gemeenten hebben de eigen bijdrage voor zorg verhoogd in 2016?

**Antwoord 80:**

Op basis van gegevens van het CAK blijkt dat er 4 gemeenten zijn die de parameters voor de eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen in 2016 (binnen de daartoe gestelde landelijke kaders) hebben verhoogd ten opzichte van de parameters in 2015. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat de eigen bijdrage voor de Wmo-cliënten in deze gemeenten feitelijk is toegenomen; gemeenten kunnen bijvoorbeeld de keuze hebben gemaakt voor doorverwijzing naar (laagdrempelige) algemene voorzieningen of voor andere compenserende maatregelen (anders dan het verlagen van de parameters) op collectief op individueel niveau.

**Vraag 81**

Welke gemeenten vragen geen eigen bijdrage voor zorg en voorzieningen uit de Wmo?

**Antwoord 81:**

Op grond van informatie van het CAK blijkt dat alle gemeenten eigen bijdragen vragen voor op grond van de Wmo 2015 verstrekte maatwerkvoorzieningen.

### **Vraag 82**

Voor hoeveel locaties in de intramurale ouderenzorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

### **Antwoord 82:**

Gedetailleerde informatie over de wachtlijst per locatie- en instellingsniveau (AGB-code), stand februari 2017, treft u aan op de website van het Zorginstituut: Wachtlijst stand februari 2017. Betreffende informatie wordt periodiek geactualiseerd.

Deze is voor de intramurale ouderenzorg samengesteld uit de volgende onderdelen:

1. Actief wachtend, binnen de Treeknorm, zonder zorg uit de Wlz.
2. Actief wachtend, binnen de Treeknorm, met zorg uit de Wlz.
3. Actief wachtend, buiten de Treeknorm, zonder zorg uit de Wlz.
4. Actief wachtend, buiten de Treeknorm, met zorg uit de Wlz.
5. Niet-actief wachtend, zonder zorg uit de Wlz.
6. Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Bij de niet-actief wachtenden is tevens de verdeling over de zorgaanbieders aangegeven.

### **Vraag 83**

Voor hoeveel locaties in de intramurale gehandicaptenzorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

### **Antwoord 83:**

Gedetailleerde informatie over de wachtlijst per locatie- en instellingsniveau (AGB-code), stand februari 2017, treft u aan op de website van het Zorginstituut: Wachtlijst stand februari 2017. Betreffende informatie wordt periodiek geactualiseerd.

De is voor de intramurale gehandicaptensector samengesteld uit de volgende onderdelen:

1. Actief wachtend, binnen de Treeknorm, zonder zorg uit de Wlz.
2. Actief wachtend, binnen de Treeknorm, met zorg uit de Wlz.
3. Actief wachtend, buiten de Treeknorm, zonder zorg uit de Wlz.
4. Actief wachtend, buiten de Treeknorm, met zorg uit de Wlz.
5. Niet-actief wachtend, zonder zorg uit de Wlz.
6. Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Bij de niet-actief wachtenden is tevens de verdeling over de zorgaanbieders aangegeven.

### **Vraag 84**

Kunt u een overzicht geven per gemeente of zij in hun budget een tekort of een overschot hebben op de Wmo en de Jeugdzorg?

### **Antwoord 84:**

In het najaar van 2017 worden de realisatiecijfers over 2016 bekend, de zogenaamde IV3 cijfers. Zoals is aangegeven in de kamerbrief van de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 28 februari jl. (Kamerstuk 34 477, nr. 18) zal de methodiek waarbij de realisatiecijfers worden vergeleken met de middelen uit het verdeelmodel niet meer

worden gebruikt, maar zal een andere methode worden gehanteerd. In de volgende overall rapportage (in het najaar) sociaal domein die door het SCP wordt opgesteld zal voor het financiële beeld gebruik worden gemaakt van een systematiek die herkenbaarder is voor de lokale praktijk.

**Vraag 85**

Hoeveel mensen staan op een wachtlijst voor zorg thuis wat is de gemiddelde wachttijd en wat zijn de minimum- en maximumwachttijden?

**Antwoord 85:**

De informatie over de mensen die op een wachtlijst staan voor zorg thuis treft u aan op de website van het Zorginstituut:

<https://www.istandaarden.nl/istandaarden/iwlz/uitvoeringsinformatie/wachtlijstinformatie>. Betreffende informatie wordt periodiek geactualiseerd.

Deze geeft de stand weer van februari 2017 en is uitgesplitst naar:

1. Actief wachtend, langer dan de treeknorm, zonder zorg uit de Wlz.
2. Actief wachtenden, langer dan de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
3. Niet-actief wachtend, zonder zorg uit de Wlz.
4. Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

Voor elke categorie is de duur van de wachttijd aangegeven.

**Vraag 86**

Hoe zien de wachtlijsten eruit in de Wlz, uitgesplitst naar de afzonderlijke sectoren?

**Antwoord 86:**

De informatie over de mensen die op een wachtlijst staan treft u aan op de website van het Zorginstituut: <https://www.istandaarden.nl/istandaarden/iwlz/uitvoeringsinformatie/wachtlijstinformatie>. Betreffende informatie wordt periodiek geactualiseerd.

Deze geeft de stand weer van februari 2017 en is uitgesplitst naar:

1. Actief wachtend, langer dan de treeknorm, zonder zorg uit de Wlz.
2. Actief wachtenden, langer dan de treeknorm, met zorg uit de Wlz.
3. Niet-actief wachtend, zonder zorg uit de Wlz.
4. Niet-actief wachtend, met zorg uit de Wlz.

**Vraag 87**

Hoeveel geld hebben gemeenten besteed aan externe inhuur voor Wmo en Jeugdhulp in 2015 en 2016?

**Antwoord 87:**

Het Rijk beschikt niet over informatie met betrekking tot door gemeenten ingeschakelde externe inhuur en de kosten daarvan.

**Vraag 88**

Hoeveel ouderen en mensen met een beperking zijn gedwongen verhuisd vanwege de sluiting van verzorgingshuizen, verpleeghuizen en gehandicaptenzorginstellingen?

**Antwoord 88:**

Er zijn geen registraties die bijhouden hoeveel mensen in de Wlz verhuizen in verband met de extramuralisering.

Het aanbod en de vraag naar plaatsen in de langdurige zorg, is constant in beweging. In de langdurige zorg wordt, net als in andere sectoren met

huisvesting, gerenoveerd, nieuwbouw gerealiseerd, of oude huisvesting afgestoten.

**Vraag 89**

Hoeveel verzorgingshuizen zijn gesloten?

**Antwoord 89:**

Het sluiten van verzorgingshuizen kan een veelheid van oorzaken hebben (renovatie, nieuwbouw, vermindering van de vraag naar specifieke woonlocaties, etc.). Onder meer om die reden wordt er geen landelijke lijst bijgehouden van locaties die sluiten. Derhalve heb ik hier geen zicht op.

**Vraag 90**

Hoeveel gemeenten zijn door u op de vingers getikt, omdat zij Wmo beleid uitvoerden die in strijd met de wetgeving is over 2016? Welke gemeenten waren dit en waarom?

**Antwoord 90:**

In het kader van het interbestuurlijk toezicht zijn in 2016 de gemeenten Oosterhout, Heeze-Leende, Cranendonck, Aa en Hunze, Tynaarlo, Assen en Katwijk door mij aangesproken op de wijze waarop de Wmo 2015 wordt uitgevoerd. Deze gemeenten hadden geen passende voorziening voor huishoudelijke hulp vormgegeven conform de eisen die de Wmo 2015 hieromtrent stelt.

Daarnaast is de gemeente Son en Breugel door mij aangesproken. Deze gemeente had de vergoeding voor huishoudelijke hulp niet overeenkomstig artikel 2.6.6 van de Wmo 2015 vastgesteld.

**Vraag 91**

Kunt u aangeven wat er wel en wat er niet is uitgevoerd wanneer u spreekt over de beleidswijzigingen die op een aantal terreinen grotendeels zijn uitgevoerd? En wat de reden is van het niet uitvoeren?

**Antwoord 91:**

In de begroting worden beleidswijzigingen/voornemens genoemd rond het nationaal programma palliatieve zorg, kwaliteitsverbetering intramurale ouderenzorg, mantelzorg, geweld in huiselijke kringen en de ratificatie van het VN-verdrag Handicap. Het «grotendeels» betreft vooral de timing van de uitvoering. Voor de palliatieve zorg geldt dat alle genoemde voornemens in 2016 zijn uitgevoerd en afgerond. De kwaliteitsverbetering in de intramurale ouderenzorg betreft een meerjarig programma, waarover uw Kamer in voortgangsrapportages op de hoogte wordt gesteld. Ook voor de informele zorg/mantelzorg zijn alle genoemde voornemens uitgevoerd in 2016. Gemeenten zullen ook in 2017 integrale ondersteuning blijven aanbieden aan mantelzorgers.

De beleidsvoornemens op het gebied geweld in van afhankelijkheidsrelaties zijn in 2016 in gang gezet en lopen door in 2017. Voor het VN-verdrag geldt dat het besluit Toegankelijkheid binnenkort in werking treedt en dat het implementatieplan in 2017 gereed is gekomen en nu in uitvoering is.

**Vraag 92**

Van de subsidieregeling eerstelijns verblijf is meer gebruik gemaakt dan voorzien. Wat zijn de redenen van dit extra gebruik?

**Antwoord 92:**

Eerstelijnsverblijf betreft medisch noodzakelijke kortdurende opnames. Een goed functionerend eerstelijnsverblijf fungeert als smeerolie in het systeem: dit voorkomt onnodige ziekenhuisopnames, bevordert een



goede doorstroom uit het ziekenhuis, kan mensen in staat stellen langer thuis te blijven wonen en zorgt voor een soepele overgang naar de langdurige zorg. Bij de hervorming van de langdurige zorg in 2015 is met een tijdelijke subsidieregeling voor het eerst een aparte financiering geïntroduceerd voor het eerstelijns verblijf. Voor 2015 werden kortduurende opnames vanuit de AWBZ bekostigd onder de ZZP-systematiek. Er bestaat derhalve nog geen aparte registratie voor eerstelijnsverblijf. Vanwege de introductie van een aparte financiering en om te voorkomen dat er wachtlijsten voor deze zorg zouden ontstaan is het gebruik van eerstelijnsverblijf vanaf 2015 nauwgezet gevolgd. Dit heeft geleid tot diverse ophogingen van het budget voor eerstelijnsverblijf in de periode 2015 en 2016 om continuïteit van het eerstelijnsverblijf te bieden. Op 2 november 2015<sup>4</sup>, op 30 mei 2016<sup>5</sup> en op 13 juni 2016<sup>6</sup> zijn diverse analyses en rapportages over het gebruik van eerstelijnsverblijf naar de Tweede Kamer gezonden. Volledigheidshalve verwijst ik naar deze Kamerstukken.

### **Vraag 93**

Ervan uitgaande dat de lat voor alle instellingen is verhoogd door de afronding van het kwaliteitskader, de personeelsnorm, hoeveel instellingen voldoen aan de personeelsnorm? Wanneer wordt deze personeelsnorm verplicht gesteld?

### **Antwoord 93:**

In het nieuwe kwaliteitskader verpleeghuiszorg, dat is ontwikkeld door het Zorginstituut, zijn in hoofdstuk 6 normen opgenomen voor een verantwoorde personeelssamenstelling. Dat betreft tijdelijke normen, omdat in het kwaliteitskader opdracht is gegeven aan de sector om landelijke, contextgebonden normen te ontwikkelen voor het einde van 2018. Het kwaliteitskader, inclusief de (tijdelijke) normen voor een verantwoorde personeelssamenstelling, is sinds 13 januari 2017 van kracht en is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt in het nieuwe toezichtskader.

Er wordt (nog) niet geregistreerd hoeveel instellingen voldoen aan hoofdstuk 6 van het kwaliteitskader, naar verwachting zullen veel instellingen nog een stap moeten zetten om volledig te voldoen aan het kwaliteitskader. Zoals ik ook in mijn brief van 31 mei 2017 (Kamerstuk 31 765, nr. 273) heb aangegeven, wordt uitgegaan van een ingroeipad om het kwaliteitskader volledig te kunnen implementeren. Dit hangt onder meer samen met de restricties op de arbeidsmarkt en de absorptiecapaciteit van de instellingen.

### **Vraag 94**

Het afgelopen jaar is er een slag gemaakt in het terugdringen van de administratieve lasten. Mede naar aanleiding van het experiment regelarme instellingen zijn vereenvoudigingen in de regelgeving doorgevoerd. Hoeveel heeft dit financieel opgeleverd?

### **Antwoord 94:**

Over de uitkomsten van de eindevaluatie van het experiment regelarme instellingen (ERAI) is de Tweede Kamer bij brief van 15 juni 2016 geïnformeerd (Kamerstuk 29 515, nr. 388). In het AO en VAO van respectievelijk d.d. 6 (Kamerstuk 29 515, nr. 396) en 7 juli 2016 (Handelingen II 2015/16, nr. 106, item 55) is aangegeven dat ERAI destijds betrekking had op de AWBZ en de lessons learned zijn meegenomen in de hervorming van de langdurige zorg en dat mede op basis van ERAI aanvullende

<sup>4</sup> Derde voortgangsrapportage HLZ, Kamerstuk 34 104, nr. 83

<sup>5</sup> Kamerbrief over positionering van ELV in de Zvw, Kamerstuk 34 104, nr. 125

<sup>6</sup> Kaderbrief Wlz 2016 n.a.v. NZa-advies budgettair kader 2016, Kamerstuk 34 104, nr. 130

maatregelen zijn genomen. De opbrengsten van ERAI zijn bewust niet budgettair gekwantificeerd en derhalve zijn daarover geen cijfers beschikbaar.

#### **Vraag 95**

In 2016 is op lokaal niveau gestart met het maken van afspraken over het aantal geschikte woningen en de te leveren zorg en ondersteuning om mensen langer thuis te laten wonen, in hoeveel gemeenten zijn deze afspraken nu gemaakt? En hoe staat het met de uitvoering van die afspraken? Heeft u ook een beeld van de informatievoorziening naar mensen hierover?

#### **Antwoord 95:**

In het kader van de herziene Woningwet worden prestatieafspraken gemaakt over onder meer huisvesting van doelgroepen (zoals kwetsbare ouderen). Er is daarnaast een ondersteuningsprogramma voor gemeenten, gefinancierd door VWS en BZK, voor het maken van een woon-zorg visie. Op dit moment is nog onbekend hoe vaak de verbinding met wonen en zorg wordt gemaakt. Er loopt op dit moment een uitvraag bij gemeenten die hier meer inzicht in moet geven. We zullen hierover berichten in de volgende voortgangsrapportage Wmo.

#### **Vraag 96**

Kan u aangeven waar de extra middelen die voor de uitvoering van het trekkingsrecht in 2016 nodig waren vandaan kwamen?

#### **Antwoord 96:**

De afwijking van ruim € 54 miljoen ten opzichte van de ontwerpbegroting betreft grotendeels (€ 47,6 miljoen) de kosten van gemeenten voor de uitvoering van trekkingsrechten voor de Wmo en Jeugdwet. Deze middelen zijn bij de eerste supplettoire wet (Kamerstuk 34 485 XVI) toegevoegd aan de VWS-begroting. Bij de tweede supplettoire wet (Kamerstuk 34 620 XVI) zijn extra middelen beschikbaar gesteld waarvoor dekking is gevonden binnen de totale budgettaire besluitvorming in het kader van de najaarsnota.

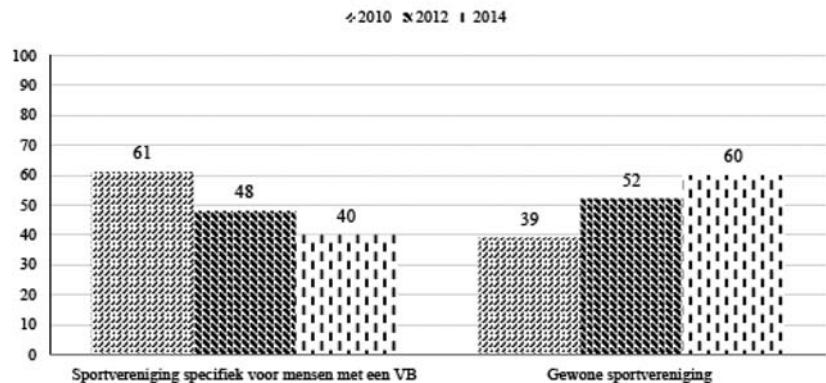
#### **Vraag 97**

Wat is de oorzaak van het niet participeren van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking in het verenigingsleven? In hoeverre zijn initiatieven van bijvoorbeeld sportverenigingen voor de inzet van teams voor mensen met een beperking hierin meegenomen?

#### **Antwoord 97:**

De in het jaarverslag genoemde cijfers zijn afkomstig uit de participatiemonitor 2015 van het NIVEL. Deze monitor baseert zich op vragenlijsten die zijn afgenomen aan diverse panels van het NIVEL. De participatie van mensen met een verstandelijke beperking is in het algemeen lager dan in de rest van de bevolking, onder andere doordat mensen met een verstandelijke beperking minder vaak werken. Het percentage mensen met een verstandelijke beperking dat activiteiten onderneemt in de vrije tijd is wel in alle onderzochte jaren hoog (99% ondernam wel eens activiteiten in zijn vrije tijd in 2014). Er is bovendien een toename in het percentage mensen met een verstandelijke beperking dat wél eens activiteiten in de vrije tijd doet waaraan ook mensen zonder een verstandelijke beperking deelnemen. Binnen de groep mensen met een verstandelijke beperking die lid zijn van een sportvereniging, is over de periode 2010–2014 een toename in het percentage mensen dat lid is van een gewone sportvereniging in plaats van een sportvereniging specifiek voor mensen met een verstandelijke beperking, zoals ook onderstaande figuur uit de genoemde participatiemonitor laat zien.

**Figuur 3.4:** Percentage mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking (<65 jaar)\* dat lid is van een gewone sportvereniging# of van een sportvereniging specifiek voor mensen met een verstandelijke beperking, van degenen die lid zijn van een sportvereniging, volgens mensen met een verstandelijke beperking, 2010- 2014 (percentages)



\*Omdat slechts een klein gedeelte van de mensen met een verstandelijke beperking van 65 jaar en ouder lid is van een sportvereniging, zijn de analyses uitgevoerd voor mensen met een verstandelijke beperking jonger dan 65 jaar.

# Dit kan een gewone sportvereniging zijn zonder groep(en) voor mensen met een verstandelijke beperking of een gewone sportvereniging met aparte groep(en) voor mensen met een verstandelijke beperking.

### Vraag 98

Wanneer verschijnt het evaluatieonderzoek Wmo en van de Evaluatie Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)?

#### Antwoord 98:

Het eindrapport van de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg, inclusief de evaluatie van Wmo 2015, zal voor 1 juli 2018 aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

### Vraag 99

Waarom is besloten tot temporisering van de uitgaven transitie HLZ?

#### Antwoord 99:

Ten behoeve van de transitie en vervolgens transformatie is voor verschillende organisaties budget gereserveerd. Deze middelen zijn voor een gedeelte getemporiseerd om in de laatste fase van de transitie ook voldoende middelen beschikbaar te hebben.

### Vraag 100

Heeft het Ministerie van VWS na de verkoop van het aandeel Zonnehuizen nog aandelen uitstaan? Zo ja, voor hoeveel?

#### Antwoord 100:

VWS heeft geen «aandelen» in zorginstellingen. Dat was ook niet het geval bij stichting Zonnehuizen. Wel heeft de staat op basis van oude (inmiddels opgeheven) staatsgarantieregelingen in het verleden garanties afgegeven voor leningen van diverse zorginstellingen, zo ook ten behoeve van stichting Zonnehuizen. Op grond van deze garanties heeft de staat ook hypotheekrechten gevestigd waar na het faillissement van de stichting een beroep op is gedaan. Hierdoor trad de staat op als preferente schuldeiser bij de afwikkeling van het faillissement. Om het vastgoed van stichting Zonnehuizen uiteindelijk een nieuwe bestemming te geven heeft

de Staat dit hypotheekrecht voor een eenmalige afkoopsom van € 2,5 miljoen verkocht.

### **Vraag 101**

Zijn alle zorgaanbieders aangesloten bij een erkende geschilleninstantie?

#### **Antwoord 101:**

Alle zorgaanbieders zijn verplicht om per 1 januari 2017 aangesloten te zijn bij een erkende geschilleninstantie. Er zijn inmiddels 27 geschilleninstanties erkend (zie [www.geschilleninstantieszorg.nl](http://www.geschilleninstantieszorg.nl)); iedere zorgaanbieder kon bij één of meerdere geschilleninstanties aansluiten. De IGZ houdt hier toezicht op.

Ik ontvang signalen dat de groep ZZP-ers mogelijk nog niet allemaal aan de Wkkgz-eisen voldoet. ZZP-ers worstelen met de vraag hoe ze handen en voeten kunnen geven aan de Wkkgz, met beperkte administratieve lasten. Om de ZZP-ers te faciliteren publiceer ik binnenkort een handreiking Wkkgz voor ZZP-ers.

Inmiddels heb ik Nivel opdracht gegeven om de Wkkgz-monitor uit te voeren. Deze monitor zal een beeld geven van de implementatie van de Wkkgz door de zorgaanbieders. Ik verwacht uw Kamer begin 2018 over de resultaten van de Wkkgz-monitor te kunnen informeren.

### **Vraag 102**

Heeft de mogelijkheid om aangifte onder nummer te doen en het stimuleren van werkgevers om aangifte te doen geleidt tot daadwerkelijk meer aangiftes van agressie in de zorg? Zo ja, om hoeveel aangiftes gaat het?

#### **Antwoord 102:**

Het kabinet accepteert geen agressie en geweld tegen werknemers in de zorg. Belangrijk is dat een dader een passende en duidelijke reactie krijgt op zijn grensoverschrijdend gedrag. Eén van de mogelijke reacties op agressie is een juridische aanpak: het doen van aangifte en het verhalen van schade. In het actieplan Veilig Werken in de Zorg 2012–2016 (Vwiz) (Kamerstuk 29 282, nr. 150) hebben werkgevers en werknemers in de zorg zich onder andere tot doel gesteld om de aanpak van de veroorzaker van agressie in de zorg te verbeteren. Het doen van aangifte na agressie en geweld was voor veel zorginstellingen een relatief onbekend terrein. Om die reden is een verkennend onderzoek naar dit thema onderdeel van het actieplan Veilig Werken in de Zorg gestart. De rapportage over deze verkenning (het Rapport Veilig werken in de zorg, verslag van een Avontuur) heb ik 29 oktober 2015 aan de Tweede Kamer aangeboden (Kamerstuk 28 684, nr. 454). Omdat de deelnemers aan de verkenning zich vrijwillig gemeld hebben en zij naar eigen inzicht een selectie van de incidenten hebben gemaakt, zijn de bevindingen niet representatief voor de hele zorgsector. In 2016 stelde ik (mede naar aanleiding van de uitkomsten van dat onderzoek) € 3 miljoen extra beschikbaar voor het actieplan Veilig werken in de zorg.

De extra middelen zijn vooral ingezet voor de ondersteuningsregeling, waardoor ruim zeventig extra instellingen een verbeteringslag konden maken in hun anti-agressiebeleid. Verder zijn regionale bijeenkomsten en een groot landelijk symposium georganiseerd. Inmiddels is het actieplan afgelopen. Het heeft meegelopen in de Beleidsdoorlichting van Artikel 4.2 van de Begroting. Deze heeft u op 24 mei ontvangen.

Uit het onderzoek «Aangifte onder nummer» uit 2015 blijkt dat van het totaal aantal door de politie geregistreerde Veilige Publieke Taak-incidenten (over 2012 en 2013 in totaal 2.770) bijna 5% (131 incidenten) onder nummer is verklaard. Hierbij is geen onderscheid te maken naar de zorgsector. Uit de Werknemersenquête van het onder-

zoekprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn blijkt dat in 2015 15,7% van de werknemers in de zorg te maken heeft gehad met verbaal geweld en 6,7% met fysiek geweld. In 2013 was dit nog respectievelijk 18% en 11%.

**Vraag 103**

Hoeveel procent van de aangiftes van agressie in de zorg is daadwerkelijk behandeld door de politie?

**Antwoord 103:**

Bij aangiftes wordt conform de Eenduidige Landelijke Afspraken aan een aangifte de Veilige Publieke Taakcode toegekend bij geweld tegen functionarissen met een publieke taak, bijvoorbeeld bij medewerkers van politie, brandweer en ook in de zorg. In de codering wordt echter geen onderscheid gemaakt naar het soort publieke sector, zoals de zorg. Op basis van de huidige beschikbare informatie is daarom niet aan te geven hoeveel aangiftes van agressie in de zorg zijn behandeld door de politie en hoeveel hebben geleid tot een strafzaak dan wel een veroordeling.

**Vraag 104**

Hoeveel procent van de aangiftes van agressie in de zorg heeft geleid tot een strafzaak?

**Antwoord 104:**

Zie het antwoord op vraag 103.

**Vraag 105**

Hoeveel procent van de aangiftes van agressie in de zorg heeft geleid tot veroordelingen?

**Antwoord 105:**

Zie het antwoord op vraag 103.

**Vraag 106**

Hoeveel startups zijn gestimuleerd om innovatie in de zorg te verder te brengen?

**Antwoord 106:**

Het is niet mogelijk aantallen startups aan te geven, omdat veel van de initiatieven en instrumenten verlopen via indirecte stimulering. Deze initiatieven en instrumenten dragen bij aan de versnelde opschaling van e-health. Ondersteuning vindt plaats vanuit verschillende organisaties, zowel landelijk (bv. door StartupDelta, de Rijksdienst voor ondernemend Nederland, zorgverzekeraars en anderen) als regionaal (via de regionale zorginnovatie organisaties) als lokaal (bijvoorbeeld door gemeenten). Ook private organisaties bieden hulp bij het opschalen.

In 2016 is een start gemaakt met het Fast Track initiatief. Het Fast Track programma is bedoeld om MKB-ondernemers in de zorgsector met al werkende e-health producten (scale-ups) te ondersteunen bij de bredere opschaling hiervan. Zo kunnen meer patiënten en professionals sneller gebruik maken van relatief simpele technologie («low tech» toepassingen) die «high impact» hebben voor de patiënt, in termen van zelfregie, zelfzorg en/of zelfredzaamheid.

Eind 2016 is, als onderdeel van FastTrack, de SEED Capital e-health regeling in de Staatcourant gepubliceerd. Hiermee wordt tijdelijk extra geïnvesteerd in e-health initiatieven. Daadwerkelijke besteding van middelen zal plaatsvinden in 2017 en in latere jaren.

Daarnaast organiseert VWS tweemaandelijks MKB openbare opschaling-panels. Tijdens de bijeenkomsten vindt een open en directe dialoog plaats tussen MKB en beleidsmakers van VWS. Hier en bij andere overleggen leren we met en van de praktijk. Ervaring die we hiermee opdoen, wordt via zorgvoorinnoveren.nl, een gezamenlijke website van ZonMw, Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het Zorginstituut Nederland (ZiN) en het Ministerie van VWS, verder gedeeld.

**Vraag 107**

Wat is de faalpercentage/slagingspercentage van startups die vanuit verschillende instrumenten zijn gestimuleerd?

**Antwoord 107:**

VWS financiert niet direct start-ups. Het is daarom niet mogelijk aan te geven wat het faalpercentage/slagingspercentage is. De investeringsfondsen die extra investeringskapitaal ontvangen uit de SEED Capital regeling, zullen de start-ups waarin zij investeren en die zij begeleiden met de opschaling volgen. De informatie daarover komt ook voor VWS beschikbaar.

Voor nadere toelichting bij de aanpak en activiteiten zij verwezen naar het antwoord op vraag 106.

**Vraag 108**

Welke aansluitingen zijn bij de stimulering van startups gezocht met bestaande startupnetwerken (bv StartupDelta) in en buiten Nederland?

**Antwoord 108:**

In de zomer van 2016 is een landelijk netwerk zorginnovatie tot stand gekomen. Dit netwerk beoogt de samenwerking tussen zorginnovatieregio's onderling en de overheid te versterken. De zorginnovatieregio's helpen start-ups en scale ups met het versneld opschalen van hun e-health innovaties. In het landelijke netwerk wordt kennis over onderwerpen als opschalen, businessmodellen, financiering, privacy, security en internationale kansen gedeeld en beschikbaar gesteld aan MKB'ers en andere innovatoren in de regio's. VWS ondersteunt dit netwerk om de opschaling van goede e-health producten te kunnen realiseren.

StartupDelta ondersteunt de start-ups in Nederland. De kennis en ervaring van StartupDelta wordt met VWS gedeeld. Waar mogelijk versterken we elkaar en trekken we samen op om het start-up klimaat te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn de samenwerking op de e-health week in 2016 en het Startup Fest Europe dat in september 2017 zal plaatsvinden. Daarnaast wordt met de startup-organisatie Rockstart bij verschillende gelegenheden samengewerkt met het oogmerk om start-ups wegwijs te maken in het Nederlandse zorgsysteem en kennis te nemen van belemmeringen die zij tegenkomen.

Voor het versnellen van opschaling is brede samenwerking nodig, zowel voor de MKB bedrijven zelf, als ook voor de partijen die de opschaling ondersteunen. Kennis en ervaring wordt gedeeld en waar mogelijk wordt samen opgetrokken met onder andere Health Holland (topsector LSH), RVO (Rijksdienst voor Ondernemend Nederland), VNO NCW en Europese initiatieven zoals het Active & Assisted Living Programma en ECH Alliance en instrumenten en initiatieven van de Europese Commissie gericht op MKB ondernemers.

**Vraag 109**

Welke aansluitingen zijn bij de stimulering van startups gezocht met kennis- en onderwijsinstellingen?

**Antwoord 109:**

Zorginnovaties kunnen alleen succesvol zijn wanneer professionals er mee kunnen en willen werken. De veranderende zorgvraag vergt nieuwe vaardigheden van zorgprofessionals en het is dan ook van belang dat er in de opleidingen en in bij- en nascholing gerichte aandacht is voor innovaties en nieuwe technologie, waaronder de rol die startups kunnen spelen.

Op verschillende manieren wordt daarom aansluiting gezocht met kennis- en onderwijsinstellingen.

- In de gesprekken die wij voeren over het bevorderen van de integratie van e-health en technologie in basisopleidingen en bij- en nascholing wordt mede aandacht besteed aan de rol die startups kunnen vervullen bij vernieuwingsprocessen in de zorg.
- In alle regionale initiatieven en netwerken die wij ondersteunen spelen kennis- en onderwijsinstellingen een vitale rol. Deze netwerken functioneren als broedkamers voor nieuwe en veelbelovende initiatieven, en beogen beginnende bedrijven zo goed mogelijk op weg te helpen in het zorgsysteem.
- Voor de deelnemende partijen in het Zorgpact is introductie van nieuwe technologie een van de leidende thema's is in de regionale samenwerking tussen zorgaanbieders, onderwijs en lokale overheden. Het Zorgpact fungeert hierbij als de aanjager van samenwerking tussen deze partijen.
- Daarnaast neemt VWS actief deel in tal van evenementen die door onderwijsinstellingen worden georganiseerd om startups te stimuleren, zoals bijvoorbeeld Dutch Hacking Health, een jaarlijkse driedaagse in vijf UMC's, waar praktische ideeën worden omgezet in prototypes van innovatieve oplossingen.

Tot slot is in samenwerking met het REshape Center van Radboudumc een Innovatiecurriculum ontwikkeld dat in 2017 van start gaat. In dit curriculum wordt ook aandacht besteed aan de rol van startups bij innovatie in de zorg.

**Vraag 110**

Welke cijfermatige resultaten zijn gehaald naar aanleiding van de extra stappen om fraude in de zorg aan te pakken?

**Antwoord 110:**

Via de vijfde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg (Kamerstuk 28 828, nr. 98) hebben we uw Kamer geïnformeerd over de resultaten van de aanpak van fouten en fraude in de zorg, waaronder de meest recente cijfers over onderzoeken die zorgverzekeraars en de Inspectie SZW in 2015 hebben uitgevoerd. Actuelere cijfers zijn vooralsnog niet beschikbaar. In de volgende voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg (gepland voor najaar 2017) zal ik uw Kamer informeren over de resultaten over het jaar 2016.

**Vraag 111**

Is een stijgende lijn waar te nemen in het aantal meldingen dat wordt gedaan in het kader van fouten en fraude in de zorg?

**Antwoord 111:**

Het aantal signalen zoals deze in het Verzamelpunt Zorgfraude van de NZa is vastgelegd zijn:

2015: 428 (Zie rapportage Verzamelpunt Zorgfraude 2015)

2016: 447 (Rapportage binnenkort openbaar)

Er is inderdaad sprake van een stijgende lijn in het aantal meldingen. De eerste cijfers over het 1<sup>e</sup> kwartaal van 2017 laten zien dat deze stijging

verder doorzet. Definitieve cijfers over 2017 komen beschikbaar in de Rapportage Verzamelpunt Zorgfraude in het voorjaar van 2018.

**Vraag 112**

De subsidies aan patiënten en gehandicaptenorganisaties zijn meer begroot dan gerealiseerd. Hoe komt dat?

**Antwoord 112:**

In de oorspronkelijke begrotingsraming is rekening gehouden met circa 240 patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Het zijn er inmiddels ruim 40 minder.

**Vraag 113**

Bij hoeveel ziekenhuizen is er op dit moment een tekort aan ziekenhuisverpleegkundigen?

**Antwoord 113:**

Het Capaciteitplan 2016 van het Capaciteitsorgaan (Kamerstuk 29 282, nr. 262) bevat geen informatie over de tekorten aan gespecialiseerd verpleegkundigen per ziekenhuis. Het rapport biedt wel inzicht in de gemiddelde vacaturegraad in Nederland van verschillende verpleegkundige specialisaties (de vacaturegraad is het percentage vacatures ten opzichte van het totaal fte werkzamen). In het Capaciteitplan loopt dit uiteen van 2,6% voor dialyseverpleegkundigen tot 4,3% voor spoedeisende hulp-verpleegkundigen.

**Vraag 114**

Welke extra uitgaven zijn specifiek naar het BIG-register gegaan en welke werkzaamheden zijn hiervoor uitgevoerd?

**Antwoord 114:**

Het CIBG heeft in 2016 circa € 4,5 miljoen ontvangen voor haar werkzaamheden voor het BIG-register. De werkzaamheden bestaan onder andere uit het optimaliseren en actualiseren van het automatiseringssysteem, het uitvoeren van het proces van periodieke registratie, implementatie van nieuwe beroepen in het BIG-register, implementatie van experimenteerberoepen in de Wet BIG en het digitaliseren van het BIG-archief.

**Vraag 115**

Waarom is het Centraal Meldpunt Zorgfraude (CMZF) niet volledig tot stand gekomen in 2016? Is dit niet in strijd met uw doelstelling om fraude intensiever aan te pakken?

**Antwoord 115:**

In de vierde (Kamerstuk 28 828, nr. 93) en vijfde (Kamerstuk 28 828, nr. 98) voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude hebben we u geïnformeerd over het centrale meldpunt voor alle signalen over zorgfraude die begin 2016 ondergebracht zou worden bij het bestaande meldpunt van de NZa. Hier kunnen burgers en professionals terecht met hun signalen over fraude. Dit meldpunt is een nieuw multidisciplinair samenwerkingsverband om zorgfraude effectiever aan te pakken. Dit samenwerkingsverband is op 1 november 2016 gestart met zijn werkzaamheden.

In verband met praktische uitvoering en juridische zorgvuldige voorbereiding is het samenwerkingsverband later van start gegaan dan vooraf gepland.

Fraudesignalen die bij het meldpunt van de NZa binnenkomen gaan voor verdere afhandeling naar een apart team, het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). In dit team werken toezichthouders en opsporings-



diensten samen om signalen over fraude in de zorg effectiever af te handelen.

#### **Vraag 116**

Gegeven het feit dat kinderen die in hun ontwikkeling worden bedreigd, passende hulp moeten krijgen en indien nodig in bescherming worden genomen, hoeveel kinderen staan er op een wachtlijst voor gespecialiseerde jeugdhulp? Hoeveel kinderen met een verstandelijke handicap en gedragstoornis staan er op een wachtlijst voor plek in een instelling?

#### **Antwoord 116:**

Zie het antwoord op vraag 117.

#### **Vraag 117**

In hoeveel gemeenten was in 2016 sprake van zorgstops of wachtlijsten voor jeugdhulp?

#### **Antwoord 117:**

Omdat de aard en ernst van de problematiek bij jeugdigen (of hun ouders) veelal tijdens de (ambulante) behandeling zichtbaar wordt en per individueel geval verschilt, gemeenten hulp verschillend inkopen en de toegang anders hebben georganiseerd, is het niet mogelijk om op landelijk niveau op zinnige wijze wachttijden of wachtlijsten bij te houden en zijn hierover geen cijfers beschikbaar. Ik heb met de gemeenten en aanbieders afgesproken dat zij op regionaal niveau afspraken maken over het meten en aanpakken van wachttijden en dat zij dit naar burgers toe te communiceren. Op 2 juni jl. is het rapport over wachttijden van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) gepubliceerd ([www.nji.nl/nl/Publicaties/NJI-Publicaties/Wacht-maar](http://www.nji.nl/nl/Publicaties/NJI-Publicaties/Wacht-maar)), waarin nader wordt ingegaan op bovenstaande thema's.

Er komen zorgstops bij jeugdhulpaanbieders voor. Wanneer ik hierover signalen krijg en navraag doe, dan blijkt de gemeente ook andere aanbieders te hebben gecontracteerd waar jeugdigen wel terecht kunnen. De afspraken tussen gemeenten en aanbieders moeten dus ook gericht zijn op het zorgdragen dat jeugdigen van aanbieders met een zorgstop naar door de gemeente gecontracteerde jeugdhulpaanbieders die wel plek hebben worden doorgeleid.

#### **Vraag 118**

Zijn er wachtlijsten bij jeugdinstellingen? En zo ja, wat is de omvang van deze wachtlijsten?

#### **Antwoord 118:**

Het is zeer waarschijnlijk dat er jeugdhulpinstellingen zijn waar sprake is van wachttijden of zelfs wachtlijsten. De aard en ernst van cliënten die worden geconfronteerd met een wachttijd of een wachtlijst zal verschillen. Dit maakt dat wachttijden van individuele gevallen niet optelbaar zijn en dat gemeenten en aanbieders afspraken moeten maken over wat te doen bij jeugdigen, die snel moeten worden geholpen. De afspraken dienen ook transparant naar de burgers toe te worden gecommuniceerd. Gemeenten en aanbieders maken hierover afspraken voor de inkoop 2018. Het gekozen inkoopmodel en de verschillende organisatie van de toegang hebben namelijk een grote invloed op welke afspraken gemeenten met aanbieders over wachttijden kunnen maken, zoals het doorgeleiden van cliënten van een aanbieder met een zorgstop naar een door de gemeente gecontracteerde aanbieder die wel plaats heeft. De landelijke omvang van wachttijden en wachtlijsten zijn vanwege de onvergelijkbaarheid van individuele gevallen niet bekend. Voor het Algemeen Overleg Jeugdwet van 8 juni zal een rapport van het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) worden gepubliceerd dat op al deze thema's nader ingaat.

**Vraag 119**

Veilig Thuis organisaties zijn nog in ontwikkeling en kampen met wachtlijsten? Hoe groot zijn de wachtlijsten?

**Antwoord 119:**

Op 21 april 2017 heb ik u het rapport «De kwaliteit van Veilig Thuis. Stap 2, landelijk beeld» van de Inspectie jeugdzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg doen toekomen (Kamerstukken 34 477 en 31 839, nr. 19). In het rapport wordt ook ingegaan op de wachtlijsten bij Veilig Thuis. Daaruit komt naar voren dat ten tijde van het toezicht driekwart van de Veilig Thuis-organisaties geen wachtlijst had. Zes organisaties hadden een wachtlijst voor triage of onderzoek, waarbij Veilig Thuis overigens altijd onmiddellijk handelt bij acuut onveilige situaties. Vrijwel alle Veilig Thuis-organisaties overschreden echter de doorlooptijd van tien weken voor onderzoeken, aldus het rapport.

**Vraag 120**

Veilig Thuis gaat een meer coördinerende rol vervullen om meer mishandelde kinderen op de radar te krijgen. Hoeveel extra medewerkers zijn hiervoor nodig? Wat zijn de (extra) kosten van deze coördinerende rol?

**Antwoord 120:**

De zogenaamde radarfunctie bij Veilig Thuis vloeit voort uit het advies «Aanscherping en verbetering meldcode en werkwijze Veilig Thuis» van de heer Sprokkereef (3 oktober 2016). Daarbij gaat het om betere regievoering en monitoring om voor een langere tijd veiligheid te borgen. Voor de gevolgen van deze radarfunctie op het primaire proces van Veilig Thuis heb ik samen met VenJ en de VNG een impactanalyse laten uitvoeren. In de voortgangsrapportage geweld in afhankelijkheidsrelaties van 12 februari 2017 heeft uw Kamer de tussenrapportage daarvan ontvangen (Kamerstuk 28 345, nr. 174). Ik ben nu in overleg met de VNG over de doorrekening van de financiële gevolgen. Uiteraard zal ik u over de uitkomsten van de impactanalyse en de financiële gevolgen informeren.

**Vraag 121**

Hoeveel cases heeft het interventieteam zorg en onderwijs in 2016 behandeld?

**Antwoord 121:**

In de tiende voortgangsrapportage passend onderwijs van 6 december 2016 is opgenomen dat het interventieteam onderwijs-zorg tot dat moment bij 33 casussen betrokken is geweest. In de maand december is hier nog een enkele casus bijgekomen.

**Vraag 122**

Hoeveel cases (percentage en absoluut) zijn opgelost na inzet van het interventieteam?

**Antwoord 122:**

Tot en met april 2017 is het interventieteam onderwijs-zorg betrokken (geweest) bij 61 casussen. Hiervan zijn er 26 opgelost door een interventie vanuit het team waaronder de inzet van onderwijszorgconsulenten en Gedragswerk. In 14 casussen loopt nog een interventie. De overige 21 casussen zijn vooral benut als leercasussen. Een aantal hiervan is op andere manier opgelost of stopgezet om andere redenen. Met leercasus wordt bedoeld een casus waarvan het interventieteam kennis heeft genomen om hieruit lessen te trekken voor de aanpak van thuiszitters. Ook is in een aantal van deze casussen een zgn. leertafel georganiseerd

met de bij de casus betrokken organisaties zodat zij lessen konden trekken voor toekomstige casuïstiek

### **Vraag 123**

Op basis van welke bevindingen vindt u dat de transitie van de jeugdzorg geslaagd is verlopen?

#### **Antwoord 123:**

Op basis van ondermeer de eerste jaarrapportage van Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) (bijlage bij Kamerstuk 31 839, nr. 465), de Monitor Transitie Jeugd en ook het rapport van de Kinderombudsman «De zorg waar ze recht op hebben» (bijlage bij Kamerstuk 31 839, nr. 497) is vastgesteld dat dankzij een grote inzet van alle betrokkenen in het overgangsjaar 2015 zorgcontinuïteit is gerealiseerd voor kinderen die al jeugdzorg ontvingen. De Kamer wordt twee maal per jaar over de voortgang van de decentralisatie van de jeugdhulp geïnformeerd (zie laatstelijk Kamerstuk 31 839, nr. 554.) Twee en een half jaar na invoering van de Jeugdwet wordt ook de beoogde inhoudelijke zorgvernieuwing (de transformatie) goed zichtbaar zo blijkt uit de vele mooie voorbeelden van zorgvernieuwing. De TAJ constateert in haar derde jaarrapportage van april 2016 dat er lokaal en regionaal nog wel grote verschillen zijn in de voortgang van de transformatie. Op verzoek van de Kamer vindt dit jaar een tussenevaluatie van de Jeugdwet plaats. Volgens planning ontvangt de Kamer deze tussenevaluatie volgend voorjaar.

### **Vraag 124**

Hoeveel loverboys zijn er in 2016 veroordeeld? Wat voor straf hebben zij gekregen?

#### **Antwoord 124:**

In 2015 zijn 184 mensenhandelzaken door de rechter afgedaan. De gemiddelde duur van de in deze zaken opgelegde onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen was in 2015 558 dagen. De cijfers over 2016 komen in het najaar van 2017 beschikbaar, wanneer de Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel geweld tegen Kinderen haar jaarlijkse monitor publiceert. In de registratie van (vervolgings)resultaten van mensenhandel wordt geen onderscheid gemaakt naar de modus operandi van de verdachten. Het kan ook gaan om andere vormen van dwang van het slachtoffer, zonder dat sprake is van een (geveinsde) liefdesrelatie tussen slachtoffer en dader. Het is dus niet mogelijk om aan te geven in hoeveel van deze 184 zaken het ging om een zogenaamde loverboy. Bij de registratie van mogelijke slachtoffers mensenhandel registreert CoMensha wel het aantal slachtoffers waarbij sprake zou zijn van het gebruik van loverboytechnieken. In 2015 waren dat er 119.

### **Vraag 125**

Hoeveel sportverenigingen hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid geld te lenen voor investeringen in energiebesparende maatregelen en/ of duurzame energie?

#### **Antwoord 125:**

In 2016 hebben 49 sportverenigingen leningen afgesloten en daarvoor een borgstelling gekregen van de Stichting Waarborgfonds Sport (SWS). In totaal hebben deze verenigingen € 2,436 miljoen geleend en heeft SWS hiervoor € 812.000 borgstellingkapitaal ingezet. In 2017 hebben tot nu toe 32 verenigingen leningen afgesloten met een totale omvang van € 1,932 miljoen waarvoor door SWS € 643.000 borgstellingkapitaal is ingezet.

### **Vraag 126**

Wat is hier de definitie van externe inhuur?

**Antwoord 126:**

Bij het opstellen van de budgettaire tabellen voor het apparaatsartikel van het Ministerie van VWS worden in de gepresenteerde cijfers over externe inhuur ook de uitgaven voor de Landsadvocaat meegenomen. Deze worden niet meegenomen in de cijfers voor de berekening van de procentuele norm «maximaal toegestane externe inhuur». De definitie van externe inhuur conform de rijksbegrotingsvoorschriften is als volgt: «het uitvoeren van werkzaamheden in opdracht van een bij de rijksoverheid in dienst zijnde opdrachtgever, door een private organisatie met winst-oogmerk, middels het tegen betaling inzetten van personele capaciteit en deskundigheid, waarop door de opdrachtgever mede gestuurd wordt.»

**Vraag 127**

Wat voor ICT intensiveringen hebben er plaatsgevonden in 2016?

**Antwoord 127:**

In het voorjaar 2016 zijn aan het apparaatsartikel van VWS middelen toegevoegd voor een gerichte intensivering op ICT-uitgaven (€ 6,8 miljoen). De extra beschikbaar gestelde middelen waren met name nodig voor de uitvoeringskosten van de migratie van het FileNet Platform. Dit platform is het platform waarop bedrijfsvoeringsapplicaties en documentmanagement systemen op draaien. Daarnaast zijn er extra investeringen geweest op projecten tot verbetering van het documentmanagement systeem.

Naast deze genoemde ICT-investeringen hebben er tevens personele intensiveringen plaatsgevonden op het gebied van ICT en informatie-beleid. In het voorjaar 2016 zijn aan de begroting middelen toegevoegd voor een gerichte intensivering op de CIO-office en I-functie binnen VWS. Hierdoor kan er op het gebied van de I-functie beter invulling gegeven worden aan de ondersteuning van beleidsontwikkeling.

**Vraag 128**

Waarom is de onzekerheid over de in 2016 vastgestelde uitgaven 2015 van Caribisch Nederland ter waarde van 103,3 miljoen euro veroorzaakt?

**Antwoord 128:**

Deze onzekerheid over de uitgaven voor de zorg in Caribisch Nederland (CN) is veroorzaakt door het in 2015 ontbreken van een zorgcontract tussen het Zorgverzekeringskantoor (ZVK CN) en het ziekenhuis op Bonaire. Hierdoor ontbreekt een correcte verantwoording van het ziekenhuis over de uitgaven 2015, waardoor het ZVK CN in 2015 voor het ziekenhuis op Bonaire de rechtmatigheid van de uitgaven niet kan controleren. De totale uitgaven van het ZVK worden als onzeker aange-merkt omdat het ziekenhuis een groot deel van het totale budget ontvangt. Deze constatering vindt plaats na het jaar dat de uitgaven zijn gedaan, in dit geval op basis van het jaarverslag 2015 van het ZVK dat in 2016 beschikbaar is gekomen. Vandaar dat deze onzekerheid niet ten laste komt van 2015 maar van 2016.

**Vraag 129**

Hoeveel van de voorraden medicinale cannabis gaat via verkoop naar buitenlandse afnemers en wat is de opbrengst daarvan? Kunt u hiervan een overzicht geven van de afgelopen 10 jaar?

**Antwoord 129:**

Het overzicht van de verkoop en opbrengst van medicinale cannabis naar de buitenlandse afnemers van de afgelopen 10 jaar is als volgt.

	hoeveelheid (kg)	opbrengst x € 1.000
2007	4,7	54
2008	7,1	90
2009	14,7	129
2010	18,5	185
2011	40	354
2012	48,1	472
2013	74,8	593
2014	280,8	1.927
2015	370,1	2.509
2016	480,9	3.138

In de brief van 2 december 2016 (Kamerstuk 29 477, nr. 400) is aan uw Kamer uitgelegd dat de vraag naar medicinale cannabis vanaf 2006 geleidelijk toeneemt. In deze brief is ook aangegeven dat geleverd werd aan Finland, Italië en Duitsland en onder welke condities.

### **Vraag 130**

Welk deel van de uitgaven aan zorgopleidingen (meer specifiek welke zorgopleidingen worden) wordt toegerekend aan het Budgettair Kader Zorg (BKZ)?

### **Antwoord 130:**

De vervolgoopleidingen tot medisch specialist (27 specialisaties), tandheelkundig specialist, technische zorgspecialisten, spoedeisendehulparts, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, de opleidingen voor ggz-specialisaties (gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en de verpleegkundig specialist ggz) en alle ziekenhuisopleidingen tot medisch ondersteuner of gespecialiseerde verpleegkundige worden gefinancierd vanuit een premiegefinancierde beschikbaarheidsbijdrage (in totaal ongeveer € 1,37 miljard in 2016). Deze premiegefinancierde uitgaven vallen onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ).

Daarnaast worden de opleidingen in de publieke gezondheidszorg, te weten de opleidingen tot jeugdarts, arts infectieziektenbestrijding, arts tbc-bestrijding en medisch milieukundige gefinancierd vanuit de begrotingsgefinancierde Subsidieregeling opleidingen publieke gezondheidszorg 2013–2017 (€ 16 miljoen in 2016). De ggz-specialisaties in de jeugdzorg worden gefinancierd vanuit de begrotingsgefinancierde Subsidieregeling Opleidingen in een Jeugd ggz-instelling (€ 0,8 miljoen in 2016). Ook deze subsidieregelingen vallen onder het BKZ.

### **Vraag 131**

Hoezeer acht u de begrote bedragen binnen de Zvw realistisch begroot als nu geconcludeerd moet worden dat er 1,8 miljard onderschrijding is? Op welke wijze heeft deze onderschrijding gevolgen voor de komende begrotingen?

### **Antwoord 131:**

Sinds de stand ontwerpbegroting 2016 is het kader inderdaad onderschreden met € 1,8 miljard. Van dit bedrag is een deel (€ 0,7 miljard) reeds in de begroting 2016 gemeld. Ten opzichte van de begroting 2016 is er sprake van een toename van de onderschrijding met € 1,1 miljard (pagina 173 van het VWS-jaarverslag 2016). Dit bedrag bestaat uit een neerwaartse bijstelling van het kader met € 0,6 miljard en een neerwaartse bijstelling van de netto-uitgaven met € 1,7 miljard.

In de begroting worden onderschrijdingen structureel verondersteld, tenzij er een incidentele oorzaak aan ten grondslag ligt. De zorguitgaven

zijn tussen de begroting 2016 en het jaarverslag 2016 verschillende malen geactualiseerd, onder andere op basis van de realisatiegegevens van het Zorginstituut en de NZa. Voor zover onderschrijdingen op basis van de realisaties 2015 structureel van karakter waren, zijn deze betrokken bij de besluitvorming over en verwerkt in de begroting 2017. Voor zover onderschrijdingen op basis van de realisaties 2016 structureel van karakter waren, zijn deze betrokken bij de besluitvorming over de begroting 2018. U kunt dit terugvinden in de eerste suppletoire begroting 2017 onder het kopje «actualisering».

### **Vraag 132**

De onderschrijding van het budget in de ggz is 0,3 miljard, die hangt onder andere samen met de substitutie naar de POH-ggz (onder het huisartsenkader), een verschuiving naar de goedkopere basis ggz en de scherpere inkoop van zorgverzekeraars, maar hoe verhoudt dit bedrag zich tot de bestaande wachtlijsten voor de medisch specialistische ggz?

### **Antwoord 132:**

Het is onbekend hoe dit bedrag zich verhoudt tot de wachttijden. De wachttijden in de curatieve ggz kunnen een indicatie zijn dat er onvoldoende zorg is ingekocht, maar dat hoeft niet. Zo concludeerde de NZa in haar rapport (Rapport Onderzoek Zorgplicht) van november 2015 dat de wachttijden niet zo zeer te maken lijken te hebben met dat er landelijk te weinig is ingekocht, maar dat de budgetten niet goed verdeeld zijn tussen de verschillende aanbieders. De NZa noemt in de marktscan 2016 verschillende oorzaken voor de wachtlijsten in de ggz zoals onvoldoende behandelcapaciteit en dat het aanbod in de regio onvoldoende inzichtelijk is. Ook uit de regionale bijeenkomsten blijkt dat de wachttijden meestal niet worden veroorzaakt door een gebrek aan geld. De afgelopen periode zijn er diverse maatregelen genomen om meer inzicht en grip te krijgen op de wachttijden. Zo zijn instellingen verplicht om wachttijden te publiceren, opdat verzekeraars maatregelen kunnen nemen voor hun verzekerden. Ook heeft de NZa aangekondigd om specifiek op de ggz ten aanzien van wachttijden en zorgplicht toezicht te houden en proactief te handelen (Kamerstukken 25 424 en 29 248, nr. 353). Ik zal daar waarnodig aanvullende actie ondernemen.

### **Vraag 133**

Wanneer (welk kwartaal/jaar) verwacht u de definitieve cijfers voor de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz)?

### **Antwoord 133:**

De cijfers voor de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg worden definitief als we daarover in mei/juni t+3 de laatste update van het Zorginstituut ontvangen. Dat is voor beide sectoren niet anders dan voor de overige sectoren. Door het langere declaratieproces in de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn de eerdere cijfers die we over deze sectoren ontvangen wel met meer onzekerheid omgeven, aangezien er langer dan bij andere sectoren sprake is van een bijschatting door verzekeraars van de feitelijk door hen ontvangen en geaccepteerde declaraties. Als gevolg van de versnelling van de dbc-doorlooptijd is deze bijschatting voor de medisch-specialistische zorg v.w.b. 2016 met 34% aanmerkelijk kleiner dan bij jaarverslag 2015 (50%). De bijschatting voor de geestelijke gezondheidszorg bedraagt 84% van de voor deze sector geraamde uitgaven in 2016.

De doorlooptijdverkorting ggz loopt mee met de ontwikkeling van de nieuwe ggz-bekostiging (met beoogd implementatiejaar 2020).

### Vraag 134

Hoe is de ontwikkeling van de zorguitgaven in Nederland in vergelijking tot andere Europese landen? Graag een overzicht van de afgelopen 10 jaar.

### Antwoord 134:

In onderstaande tabel vindt u de totale zorguitgaven (care en cure) in percentage van het bruto binnenlands product (bbp) voor Nederland en enkele Europese landen.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nederland	9,3	9,3	9,5	10,3	10,4	10,5	10,9	10,9	10,9	10,8
België	8,9	9,0	9,4	10,1	9,9	10,1	10,2	10,4	10,4	10,4
Duitsland	10,1	10,0	10,1	11,1	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1
Ver. Koninkrijk	7,5	7,6	7,9	8,7	8,5	8,4	8,5	9,9	9,9	9,8
Frankrijk	10,1	10,0	10,1	10,8	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11,0
Spanje	7,8	7,8	8,3	9,0	9,0	9,1	9,1	9,0	9,1	9,0
Italië	8,5	8,2	8,6	9,0	9,0	8,8	8,8	8,8	9,1	9,1
Noorwegen	7,9	8,1	8,0	9,1	8,9	8,8	8,8	8,9	9,3	9,9
Zwitserland	9,8	9,6	9,8	10,4	10,5	10,6	11,0	11,2	11,4	11,5
Denemarken	9,2	9,3	9,5	10,7	10,4	10,2	10,3	10,3	10,6	10,6
Oostenrijk	9,5	9,5	9,6	10,1	10,1	9,9	10,1	10,1	10,3	10,4
Finland	8,0	7,8	8,1	8,9	8,9	9,0	9,3	9,5	9,5	9,6
Zweden	8,2	8,1	8,3	8,9	8,5	10,7	10,9	11,1	11,2	11,1

Bron: OESO (2017)

### Vraag 135

Ervan uitgaande dat signalen uit het veld wijzen op een tekort aan wijkverpleegkundigen, hoe groot is dit tekort?

### Antwoord 135:

In 2015 werd het tekort geschat op ongeveer 250. We weten uit het onderzoek «Vraag en aanbod Wijkverpleegkundigen» (Kamerstuk 34 104, nr. 83) dat zonder extra inspanningen een tekort *dreigt* tussen de 750 en 2200 wijkverpleegkundigen in 2019. Er zijn meerdere trajecten gestart om dit tekort te verminderen. Zo zijn er via de regionale sectorplannen ruim 500 trajecten gestart voor het opscholen van mbo-verpleegkundigen tot hbo-verpleegkundigen en hebben alle inspanningen gericht op de instroom op de hbo-verpleegkunde inmiddels geleid tot een hogere instroom in de opleiding dan eerder verwacht. Ook cijfers uit het stagefonds laten zien dat het aantal stageplaatsen tussen 2008 en 2015 is verdubbeld. Door deze maatregelen zal het voorspelde tekort uit het onderzoek lager zijn. Dit neemt niet weg dat de arbeidsmarkt voor wijkverpleegkundigen zeer krap is. Dit geldt voor heel Nederland.

### Vraag 136

De wijkverpleging laat een onderschrijding zien. Hoe verhoudt dit zich tot de zorgstops op de wijkverpleging?

### Antwoord 136:

Binnen de contractering van de wijkverpleging worden in veel gevallen afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en aanbieders over een budgetplafond. Dat betekent dat de zorgverzekeraar alleen de zorg vergoedt die binnen dit overeen gekomen plafond valt. Zorgaanbieders die een zorgstop afkondigen doen dat omdat hun budgetplafond is bereikt. Zorgverzekeraars hebben echter zorgplicht.

Op het moment dat zorgaanbieders zorgstops afkondigen dient de zorgverzekeraar de benodigde zorg voor zijn verzekerden zeker te stellen door bij te contracteren bij de betreffende aanbieder of voor voldoende aanbod bij aanbieders in de omgeving te zorgen. Zorgstops hebben

daarmee geen directe relatie met de onderschrijding omdat de zorgverzekeraar te allen tijde moet zorgen dat zijn verzekerden voldoende zorg kunnen krijgen.

**Vraag 137**

Hoeveel wijkverpleging is er in resp. 2015 en 2016 geleverd?

**Antwoord 137:**

In 2015 hebben circa 512.000 personen wijkverpleging ontvangen, in 2016 ruim 538.000 personen.

In 2015 gaat het in totaal om circa 63 miljoen uren, in 2016 om circa 68 miljoen uren. Deze aantallen zijn gebaseerd op Vektis gegevens.

**Vraag 138**

Hoeveel zorgaanbieders wijkverpleging hebben te maken gehad met (onbetaalde) overproductie? Hoe groot is het bedrag aan overproductie wat niet uitbetaald is?

**Antwoord 138:**

Alleen voor 2015 is er inzicht in het aantal contracten waar uiteindelijk meer is geproduceerd dan aanvankelijk afgesproken. Dit inzicht is er omdat zorgverzekeraars in representatie inkochten in 2015. Er zijn in totaal circa 330 contracten die uitkomen boven de oorspronkelijke contractafspraken. Een zorgaanbieder kan meerdere contracten hebben in verschillende regio's. Het aantal aanbieders zal dan ook lager zijn dan de genoemde 330. Hiermee gaat een bedrag aan overproductie gepaard van circa € 37 miljoen.

**Vraag 139**

Kan inzicht worden gegeven in het soort aanbieders in de wijkverpleging d.w.z. in welke mate is sprake van éénpitters enerzijds en organisaties/instellingen anderzijds?

**Antwoord 139:**

Uit de monitor contractering wijkverpleging 2017 van de NZa (Kamerstuk 29 689, nr. 829) blijkt dat in 2015 588 unieke zorgorganisaties wijkverpleging leverden en declareerden (exclusief zzp'ers). De exacte aantallen éénpitters zijn niet bij mij bekend. Dit komt omdat er bijvoorbeeld sprake kan zijn van onderaannemerschap, waarbij een cliënt is toegewezen aan een zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze de zorg uitbesteedt aan een onderaannemer. Dit geeft een vertekend beeld, omdat de zorg dan in de praktijk door een zzp'er wordt geleverd, maar gedeclareerd wordt door een instelling.

**Vraag 140**

Wat is het gemiddeld aantal uren dat iemand krijgt aan wijkverpleging per maand en per jaar?

**Antwoord 140:**

In 2015 is dat circa 10,4 uur per maand en circa 124 uur per jaar.

In 2016 is dat circa 10,5 uur per maand en circa 126 uur per jaar.

Deze cijfers zijn gebaseerd op Vektis data.

**Vraag 141**

Kunt u de stelling «onderschrijding wijkverpleging wordt mede veroorzaakt door een tekort aan wijkverpleegkundigen» onderbouwen met feitelijke informatie?

**Antwoord 141:**



Er is mijns inziens geen directe relatie tussen de dreigende personeelstekorten en de onderschrijding van het kader. Het is niettemin erg belangrijk om tekorten tegen te gaan. Daarom werk ik samen met sociale partners aan een integrale arbeidsmarktagenda ouderenzorg, waarbij de problematiek domeinoverstijgend wordt bekeken. Verder wordt aandacht besteed aan bijscholing en extra stageplekken via het stagefonds. Ook in de inkoop dient de kwaliteit van zorg en deskundigheid van het personeel altijd voorop te staan.

#### **Vraag 142**

Hoeveel casemanagers dementie waren er in resp. 2015 en 2016?

#### **Antwoord 142:**

Over het gebruik en de inzet van casemanagement in 2015 is weinig bekend. Er zijn dan ook geen cijfers beschikbaar over het aantal casemanagers in die periode. In 2016 is vanuit het actieplan casemanagement echter veel informatie verzameld. Hieruit kan worden afgeleid dat per dementienetwerk gemiddeld 13,1 fte casemanagers in dienst. Dit betekent dat er bij alle 64 dementienetwerken ongeveer 840 fulltime casemanagers werkzaam zijn.

Daarbij moet worden opgemerkt dat in sommige grote steden – zoals Rotterdam, Amsterdam en Utrecht – geen dementienetwerken zijn, maar wel casemanagers werken. Het werkelijke aantal casemanagers in Nederland is dus hoger.

#### **Vraag 143**

Voor hoeveel miljoen wordt de onderschrijding van € 0,2 miljard in 2016 bij de hulpmiddelen veroorzaakt door onderbesteding bij diabetesmaterialen en wat is de oorzaak hiervan? Om welke diabetesmaterialen gaat het en wat is de onderschrijding per diabeteshulpmiddel?

#### **Antwoord 143:**

Op basis van voorlopige cijfers betreft de daling aan uitgaven aan diabeteshulpmiddelen circa € 6 miljoen (daling van circa 4%). In het algemeen werd bij de hulpmiddelen een groei verwacht van circa 4%. Grof gesteld is er dus in 2016, op basis van voorlopige cijfers, € 12 miljoen minder uitgegeven aan diabeteshulpmiddelen dan verwacht.

In de jaren voor 2016 zijn de uitgaven aan diabeteshulpmiddelen ook gedaald, dit lag aan prijsontwikkelingen. Mogelijk geldt dit ook voor 2016. Voor 2016 zijn er op dit moment geen inzichten over de verdeling per diabeteshulpmiddel.

#### **Vraag 144**

Hoeveel hoger waren de uitgaven binnen het gemeentefonds die er onder andere toe leidden dat de begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven 0,2 miljard hoger uitkwamen?

#### **Antwoord 144:**

De begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven kwamen circa € 0,2 miljard hoger uit dan geraamd, voornamelijk als gevolg van hogere uitgaven binnen het gemeentefonds in verband met indexatie en de schadevergoeding voor Erasmus MC. De hogere uitgaven binnen het gemeentefonds bedragen circa € 149 miljoen, zoals blijkt uit tabel 9 en 10 op pagina 194 en 195 van het VWS-jaarverslag 2016.

#### **Vraag 145**

Hoeveel hoger waren de uitgaven binnen het gemeentefonds die er onder andere toe leidden dat de begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven 0,2 miljard hoger uitkwamen?

**Antwoord 145:**

Zie het antwoord op vraag 144.

**Vraag 146**

Kunt u aangeven welke extramurale cliënten met een Wlz-profiel niet zijn overgegaan vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en waarom dit niet is gebeurd en over hoeveel cliënten hebben we het dan?

**Antwoord 146:**

Het gaat hier om een groep cliënten die eind 2014 een extramurale AWBZ-indicatie had maar in aanmerking had kunnen komen voor een zzp-indicatie en die *niet* behoorden tot de groep van 13.000 Wlz-indiceerbaren. Het betreft een groep van 16.000 budgethouders waarvan er 7.500 een indicatie hadden voor persoonlijke verzorging en 1.400 een indicatie voor verpleging. Omdat zij een Wlz-indicatie hebben aangevraagd, hebben zij maar een korte periode zorg ontvangen via de Zvw. Vermoedelijk hadden zij onder de AWBZ geen zzp-indicatie aangevraagd omdat mantelzorgers een deel van het toezicht konden bieden.

**Vraag 147**

Hoe groot is het tekort aan wijkverpleegkundigen en waar is dit tekort het grootst?

**Antwoord 147:**

Zoals ook aangegeven in het antwoord op vraag 135, werd het tekort in 2015 geschat op ongeveer 250. We weten uit het onderzoek «Vraag en aanbod Wijkverpleegkundigen» dat zonder extra inspanningen een tekort *dreigt* tussen de 750 en 2200 wijkverpleegkundigen in 2019. Er zijn meerdere trajecten gestart om dit tekort te verminderen. Zo zijn er via de regionale sectorplannen ruim 500 trajecten gestart voor het opscholen van mbo-verpleegkundigen tot hbo-verpleegkundigen en hebben alle inspanningen gericht op de instroom op de hbo-verpleegkunde inmiddels geleid tot een hogere instroom in de opleiding dan eerder verwacht. Ook cijfers uit het stagefonds laten zien dat het aantal stageplaatsen tussen 2008 en 2015 is verdubbeld. Door deze maatregelen zal het voorspelde tekort uit het onderzoek lager zijn. Dit neemt niet weg dat de arbeidsmarkt voor wijkverpleegkundigen zeer krap is. Dit geldt voor heel Nederland.

**Vraag 148**

Hoeveel extramurale cliënten met een Wlz-profiel zijn er uiteindelijk minder naar de Zvw toegegaan? Heeft dit voornamelijk te maken met het tekort aan wijkverpleegkundigen en de scherpe contractering van zorgverzekeraars of liggen er nog meer redenen aan te grondslag?

**Antwoord 148:**

Er is een groep van een groep van 16.000 budgethouders die kort na de invoering van de HLZ de overstap heeft gemaakt naar de Wlz. Hoewel zij strikt genomen op basis van hun indicatiestelling Wmo-ondersteuning en/of zorg in natura zouden moeten ontvangen. Zij hadden waarschijnlijk in aanmerking kunnen komen voor een zzp-indicatie maar behoorden *niet* tot de groep van 13.000 Wlz-indiceerbaren. Vermoedelijk hadden zij onder de AWBZ geen zzp-indicatie aangevraagd omdat mantelzorgers een deel van het toezicht konden bieden. Van de 16.000 cliënten hadden 7.500 een extramurale AWBZ-indicatie voor persoonlijke verzorging en 1.400 voor verpleging. Ongeveer de helft van de groep van 16.000 kwam dus in aanmerking voor wijkverpleging vanuit de Zvw. Aangezien zij na hun overstap naar de Wlz hebben gekozen voor pgb als leveringsvorm, is het onwaarschijnlijk dat de overstap naar de Wlz verband hield met het aantal wijkverpleegkundigen of de contractering van naturazorg door zorgverze-

keraars. Mogelijk heeft de overstap naar de Wlz te maken gehad met de voorkeur om vanuit één domein een samenhangend zorgpakket te ontvangen en daarbij keuzemogelijkheid te hebben voor pgb als leveringsvorm.

#### **Vraag 149**

De netto-Wlz-uitgaven kwamen circa € 0,1 miljard lager uit dan geraamd. Waar is precies minder gefinancierd dan geproduceerd en hoe komt dit?

#### **Antwoord 149:**

De netto-Wlz-uitgaven zijn in 2016 uitgekomen op € 17.931,2 miljoen (tabel 8 van jaarverslag 2016). Dit is € 119,8 miljoen lager dan de stand in de ontwerpbegroting 2016. Dit verschil wordt in belangrijke mate verklaard door de financieringsmutatie. Bij financieringsmutaties is sprake van een zeker tijdsverloop tussen het moment waarop de NZa de productieafspraken van partijen ontvangt en de verwerking daarvan in de budgetten en de bevoorschotting/declaraties van de instellingen. Aangezien er bij het opstellen van het jaarverslag wordt gewerkt met duidelijke jaargrenzen, is het gebruikelijk dat de financiering binnen een jaargrens afwijkt van de productie in dat jaar. Een negatieve financieringsmutatie betekent dat een gedeelte van de productieafspraken voor 2016 niet in dat betreffende jaar is gefinancierd.

#### **Vraag 150**

Is het waar dat u in 2016 1,8 miljard bezuinigd hebt op de zorg? Hoeveel bedraagt de totale bezuiniging op de zorg de afgelopen kabinetsperiode?

#### **Antwoord 150:**

De onderschrijding van het kader bedraagt € 1,8 miljard. Deze onderschrijding betreft een saldo van autonome mutaties, maatregelen en intensiveringen, technische mutaties en aanpassingen van het Budgettair Kader Zorg als gevolg van macro-economische bijstellingen.

Voor de totale bezuiniging op de zorg in de afgelopen kabinetsperiode verwijs ik naar het antwoord op vraag 573, op pagina 172 en verder, op de Kamervragen omtrent de ontwerpbegroting 2017 (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 11).

In aanvulling hierop vindt u hieronder een vernieuwd totaaloverzicht van maatregelen en intensiveringen. Het overzicht bevat alleen de beleidsmatige mutaties en dus niet de autonome en technische mutaties.

#### **Overzicht maatregelen en intensiveringen kabinet Rutte II (bedragen x € 1 miljoen)**

	2016
<b>Maatregelen</b>	<b>- 17.972,6</b>
Zvw	- 9.078,9
AWBZ/Wlz	- 6.718,0
WMO 2015	- 1.339,0
Jeugd	- 28,2
Overig begrotingsgefinancierd	- 808,5
<b>Intensiveringen</b>	<b>7.722,1</b>
Zvw	2.522,8
AWBZ/Wlz	2.895,1
WMO 2015	1.859,9
Jeugd	88,2
Overig begrotingsgefinancierd	356,1
<b>Netto-besparingen</b>	<b>- 10.250,5</b>
Zvw	- 6.556,1
AWBZ/Wlz	- 3.822,9
Wmo 2015	520,9
Jeugd	60,0

**Vraag 151**

Waarom vielen de kosten voor de migratieproblematiek 23,6 miljoen hoger uit dan begroot?

**Antwoord 151:**

De Zvw-uitgaven zijn verhoogd naar aanleiding van de forse stijging van het aantal asielzoekers in 2015. Voorzien werd dat ook in 2016 de instroom bovengemiddeld hoog zou worden. Bovendien werd een kostenstijging voorzien als gevolg van de extra doorstroom van in 2015 binnengekomen asielzoekers. Met deze stijging was nog geen rekening gehouden in de Ontwerpbegroting 2016 van VWS.

**Vraag 152**

Wat zijn de onderliggende oorzaken van de lagere uitgaven aan hoortoe- stellen, verzorgingsmiddelen en diabetesmaterialen? Is dit het gevolg van een scherpere inkoop door zorgverzekeraars, een verminderde toegang tot deze hulpmiddelen of heeft het een andere oorzaak?

**Antwoord 152:**

Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren meer aandacht gegeven aan de zorginkoop van hulpmiddelen in het algemeen, en diabeteshulpmid- delen en verzorgingsmiddelen in het bijzonder, hetgeen heeft geleid tot lagere uitgaven aan hulpmiddelen.

**Vraag 153**

Het jaarverslag lijkt positief over de beperkte groei binnen de ggz, in dat licht ontvangen de leden graag de wachttijden voor de geestelijke gezondheidszorg (uitgesplitst voor de POH-ggz, basis ggz, specialistische ggz)?

**Antwoord 153:**

Zei ook het antwoord op vraag 132.

De marktscan ggz 2016 van de NZa laat het volgende beeld zien ten aanzien van de wachttijden in de basis ggz en de specialistische ggz.

**Tabel Aanmeldwachttijden in de ggz in 2016, gemiddeld in weken**

	Basis ggz	Basis ggz/ gespeciali- seerde ggz <sup>1</sup>	Gespeciali- seerde ggz	Norm
<b>Instellingen</b>				
Volwassenen	4,0	4,0	6,0	4
Ouderen			3,1	4
Verslavingszorg			2,2	4
<b>Vrijgevestigden</b>				
Volwassenen	3,2	5,3	8,6	4

<sup>1</sup> Instellingen die zowel basis ggz als gespecialiseerde ggz leveren

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)

**Tabel Behandelwachttijden in de ggz in 2016, gemiddeld in weken**

	Basis-ggz	Basis-ggz/ Gespec. Ggz	Gespeciali- seerde ggz	Norm
<b>Instellingen</b>				
Volwassenen	1,9	4,2	5,3	10

	Basis-ggz	Basis-ggz/ Gespec. Ggz	Gespeciali- seerde ggz	Norm
Ouderen			3,6	10
Verslavingszorg			4,4	10
<b>Vrijgevestigden</b>				
Volwassenen	0,7	1,0	1,7	10

Bron: websites zorgaanbieders (MediQuest)

Met betrekking tot wachttijden bij de POH-GGZ heeft het Nivel met gegevens van de Nivel Zorgregistraties uit 2015 van 333 huisartsenpraktijken de wachttijd ingeschat. Dit door de tijd te berekenen tussen het laatste huisartsconsult voor psychische of sociale klachten en het daaropvolgende consult bij de POH-GGZ. Bij 4% van de praktijken kon de patiënt binnen een week bij de POH-GGZ terecht. Bij 38% van de praktijken was dit binnen 1 tot 2 weken, bij 44% binnen 2 tot 3 weken, bij 12% binnen 3 tot 4 weken. Bij 3% van de praktijken moest de patiënt langer dan 4 weken wachten.

Deze wachttijden zijn waarschijnlijk een kleine overschatting van de daadwerkelijke wachttijd, omdat patiënten zelf ook afwachtend kunnen zijn met het maken van een afspraak.

#### **Vraag 154**

Hoe verklaart u de 25 miljoen hogere uitgaven aan extramurale geneesmiddelen?

#### **Antwoord 154:**

Zie het antwoord op vraag 49.

#### **Vraag 155**

Hoe komt het precies dat er 156,6 miljoen minder is uitgegeven aan de wijkverpleging? Heeft dit te maken met zorgverzekeraars die te krap hebben ingekocht? Hoe gaat dit volgend jaar voorkomen worden?

#### **Antwoord 155:**

Zorgverzekeraars hebben minder ingekocht dan binnen het budgettaire kader wijkverpleging beschikbaar is gesteld. De zorgplicht van de zorgverzekeraar voor zijn verzekerden staat bij de inkoop echter voorop. Pas als die zorgplicht in het geding is kunnen we spreken over te krap inkopen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op de zorgplicht van verzekeraars.

Uiteindelijk kan (te) scherp inkopen ten koste gaan van de kwaliteit van zorg en de deskundigheid van het personeel. Omdat de zorgvraag de komende jaren zal toenemen is het van belang dat wordt ingespeeld op deze ontwikkeling om de kwaliteit en toegankelijkheid te borgen.

Zorgverzekeraars zijn met zorgaanbieders een overleg gestart over de contractering 2018. De hoogte van tarieven en volumes komen daarbij aan de orde.

De NZa heeft toegezegd bijzondere aandacht te zullen hebben of er voldoende wijkverpleging beschikbaar blijft met daarbij bijzondere aandacht voor het contracteerproces.

#### **Vraag 156**

In hoeverre heeft de bedden afbouw in de ggz bijgedragen aan de onderschrijding van € 288 miljoen in de ggz?

**Antwoord 156:**

Met de afbouw van de bedden in de ggz was geen bezuiniging beoogd, wel een opbouw van ambulante zorg en ondersteuning waar dat nodig is om goed in de zorgbehoefte te voorzien. De onderschrijding hangt ondermeer samen met substitutie naar de POH-GGZ (onder het huisartsenkader), een verschuiving naar de basis ggz, de achterblijvende intensivering van de ambulantisering en de scherpere inkoop van zorgverzekeraars.

**Vraag 157**

Wat is er in 2016 besteed aan de opbouw van ambulante voorzieningen in de ggz?

**Antwoord 157:**

De Monitor Ambulantisering geeft inzicht in de afbouw van de intramurale GGZ en de ontwikkeling in de ambulante ggz. De Monitor die inzicht geeft in de cijfers 2016, zal in december 2017 verschijnen. De ontwikkeling in 2015 is wel bekend, de monitor hierover is eind december 2016 verschenen. Uit deze monitor blijkt dat het aandeel van de ambulante ggz-zorg in de totale (Zvw-, Wlz-, Jeugdwet en Wmo-gefinancierde) inkomsten van de instellingen in de afgelopen jaren (en volgens opgave van deze instellingen) niet is gegroeid en min of meer stabiel blijft op circa 40%.

Ontwikkelingen rond ambulante ggz-voorzieningen als Flexible Assertive Community Treatment (FACT), Intensive Home Treatment (IHT) en Vroeg Interventie Psychose (VIP) laten zien dat in de afgelopen jaren flink is geïnvesteerd in de kwaliteit van de (ambulante) zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige (of acute)psychische aandoeningen.

**Vraag 158**

Wat zijn in 2016 de kosten geweest van wachtlijsten in de ggz?

**Antwoord 158:**

Denkbaar is dat er kosten zijn van wachtlijsten in de ggz op verschillende terreinen, bijvoorbeeld in de zorg zelf of in arbeid. Ik heb hier echter geen kwantitatief overzicht van. In zijn algemeenheid vind ik het zeer onwenselijk als mensen te lang moeten wachten op zorg. Daarom zet ik verschillende acties in om de wachttijden terug te dringen.

**Vraag 159**

Hoeveel wordt op jaarbasis uitgegeven aan Stichting Benchmark Ggz?

**Antwoord 159:**

De jaarlijkse bijdrage van zorgverzekeraars aan SBG bedraagt 2,1 miljoen euro. Daarnaast voert SBG incidenteel op subsidiebasis aanvullende projecten uit zoals het implementeren van Argus (registratie van vrijheidsbepalende interventies in de ggz). De jaarrekening is op de website van SBG te vinden (Jaarrekening). Voor een uitgebreid antwoord en toelichting op deze vraag verwijs ik u graag naar de antwoorden op eerder gestelde Kamervragen van de SP d.d. 24 maart 2017.

**Vraag 160**

Hoe verklaart u de € 25 miljoen extra uitgaven aan geneesmiddelen?

**Antwoord 160:**

Zie het antwoord op vraag 49.

**Vraag 161**

Hoe verklaart u de € 188,7 miljoen lagere uitgaven aan hulpmiddelen?

**Antwoord 161:**

Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren meer aandacht gegeven aan de zorginkoop van hulpmiddelen in het algemeen, en diabeteshulpmiddelen en verzorgingsmiddelen in het bijzonder, hetgeen heeft geleid tot lagere uitgaven aan hulpmiddelen.

Daarnaast was in de raming voor 2016 rekening gehouden met de reguliere volume- en prijsontwikkeling (ongeveer € 70 miljoen). Deze lijkt zich in 2016 niet te hebben voorgedaan.

**Vraag 162**

Bij de migratieproblematiek werd bij de raming voor de zorgkosten uitgegaan van 58.000 asielzoekers in 2016. Hoe groot was de instroming werkelijk (in- en exclusief nagereisde gezinsleden)?

**Antwoord 162:**

Volgens de IND is de totale asielinstroom (eerste asielaanvragen, herhaalde asielaanvragen en nareizigers) in 2016 uitgekomen op ongeveer 31.600. Ruim 37% van de totale asielinstroom in 2016 betrof nareizende gezinsleden.

**Vraag 163**

Is het waar dat asielzoekers geen zorgpremie betalen, geen eigen risico hebben, geen eigen bijdragen betalen en recht hebben op alle zorg uit het basispakket en zelfs buiten het basispakket?

**Antwoord 163:**

Mijn collega, de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, is verantwoordelijk voor de bekostiging en toegankelijkheid van de medische zorg voor asielzoekers.

Het klopt dat asielzoekers geen zorgpremie betalen. Allereerst komt dit om dat zij geen zorgverzekering in Nederland kunnen en mogen afsluiten. Pas wanneer asielzoekers een vergunning ontvangen dienen zij net als andere burgers een zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet af te sluiten. Voor asielzoekers wordt derhalve de medische zorg ingekocht door het Centraal Orgaan opvang asielzoekers.

De meeste asielzoekers die in Nederland aankomen beschikken nauwelijks over eigen middelen en eenmaal in Nederland is het hen niet toegestaan om te werken. Om dat het asielzoekers ontbreekt aan financiële middelen betalen zij geen eigen bijdrage en hebben geen eigen risico. Overigens is deze mogelijkheid wel onderzocht. Het gebrek aan middelen bij de asielzoeker en de extra administratieve last voor de betrokken organisaties hebben er toe geleid dat een systeem van een eigen risico en een eigen bijdrage niet is doorgevoerd. Wel zijn er andere manieren ingezet om de zorgconsumptie te beheersen. Zo wordt bepaalde zorg (bijvoorbeeld IVF, transgender operaties) niet vergoed. In de eerste fase van de opvang wordt alleen medisch noodzakelijke zorg vergoed. Het is de arts die bepaalt of iets medisch noodzakelijk is.

Het zorgpakket komt grotendeels overeen met het basispakket. Zoals hiervoor aangegeven zijn bepaalde behandelingen echter uitgesloten. Wel heeft COA nog een beperkte aanvulling hierop ingekocht voor o.a. noodhulp tandheelkunde 18+ en een bril per 3 jaar bij medische noodzakelijkheid.

**Vraag 164**

Kunt u aangeven hoeveel zorgkosten asielzoekers hebben gemaakt in 2015 en 2016?

**Antwoord 164:**

Uit de jaarverslagen van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers blijkt dat de kosten voor de gezondheidszorg voor asielzoekers in 2015 € 142.897.000 bedroegen. Voor 2016 kwamen deze kosten uit op € 133.228.000.

**Vraag 165**

Hoeveel mensen hebben er resp in 2015 en 2016 gebruik gemaakt van een Volledig Pakket Thuis (VPT)?

**Antwoord 165:**

Zorginstituut Nederland stelt gegevens beschikbaar aan VWS over het gebruik van zorg. Dit zijn gegevens over het aantal cliënten dat op een peildatum gebruik maakt van zorg.

Op 1 juli 2015 maakten 6.141 cliënten met een Wlz-profiel/zzp gebruik van een VPT. Op 1 juli 2016 waren er 7.224 cliënten met een VPT. (bron: Zorginstituut Nederland)

**Vraag 166**

Hoeveel mensen hebben er resp in 2015 en 2016 gebruik gemaakt van een modulair pakket thuis (mpt)?

**Antwoord 166:**

Zorginstituut Nederland stelt gegevens beschikbaar aan VWS over het gebruik van zorg. Dit zijn gegevens over het aantal cliënten dat op een peildatum gebruik maakt van zorg.

Op 1 juli 2015 maakten 23.241 cliënten met een Wlz-profiel/zzp gebruik van een mpt. Op 1 juli 2016 waren er 22.480 cliënten met een mpt. (bron: Zorginstituut Nederland)

**Vraag 167**

Hoeveel mensen hebben er resp in 2015 en 2016 gebruik gemaakt van een pgb?

**Antwoord 167:**

*Wlz*

In 2015 waren er, volgens gegevens van de NZa, 34.352 Wlz-budgethouders en in 2016 38.390 Wlz-budgethouders.

*Jeugd:*

In 2015 waren er, volgens gegevens van de SVB, 32.485 budgethouders en in 2016 29.393 budgethouders.

*Wmo*

SVB-gegevens laten zien dat er ultimo 2015 ongeveer 73.000 budgethouders met een pgb-Wmo waren. Ultimo 2016 waren er ongeveer 65.000 budgethouders met een pgb-Wmo.

*Zvw*

De gegevens van 2016 worden bekend met de Zvw-rgb-monitor 2016 die medio 2017 uitkomt. Volgens de monitor 2015 was het aantal mensen met een pgb op 1 januari 2015 30.631 en op 31 december 2015 23.482.

**Vraag 168**

Wat zijn de kosten van VPT, mpt en pgb?

**Antwoord 168:**

Uitgaven aan VPT, mpt en pgb zijn opgenomen in tabel 15 van het jaarverslag 2016. In 2016 is € 419,9 miljoen besteed aan VPT, € 1.567,5



miljoen aan PGB en € 446,8 miljoen aan extramurale zorg, waar mpt onderdeel van uit maakt.

### **Vraag 169**

Wat is de verhouding tussen de onderschrijving op de intramurale ouderenzorg doordat mensen langer thuis blijven wonen en tegelijkertijd een onderschrijving in de extramurale zorg?

### **Antwoord 169:**

De onderschrijving bij de intramurale ouderenzorg hangt samen met het feit dat steeds meer cliënten ervoor kiezen om langer thuis te blijven met extramurale zorg vanuit de Wlz. Tabel 18 van het jaarverslag (blz 241) laat zien dat de uitgaven aan VPT en pgb in 2016 mede hierdoor met € 132 miljoen respectievelijk € 221 miljoen hoger zijn uitgekomen. De onderschrijving in de extramurale zorg heeft een zuiver technische oorzaak. De functie dagbesteding en vervoer is in het jaarverslag toegerekend aan de sectoren V&V, GHZ en ggz-b, terwijl deze bij de ontwerpbegroting nog aan de extramurale zorg waren toegerekend.

### **Vraag 170**

In 2016 is structureel 17,5 miljoen euro overgeheveld naar de VWS begroting voor uitgaven in het kader van Waardigheid en Trots door middel van opdrachten en subsidies. Waar is dit geld in 2016 terechtgekomen?

### **Antwoord 170:**

De middelen zijn op hoofdlijnen als volgt ingezet.

Een bedrag van € 13,3 miljoen heeft betrekking op subsidie aan Vilans voor de uitvoering van programmaonderdelen «Ruimte voor Verpleeghuizen» en het ondersteunen van zorgaanbieders die een urgent kwaliteitsprobleem hebben.

Vilans is een stichting zonder winstoogmerk en het kenniscentrum voor langdurige zorg. Langs deze weg worden zorgorganisaties ondersteund waarbij sprake is van een urgent kwaliteitsprobleem en worden (andere) organisaties uitgenodigd om met collega's kennis en ervaringen uit te wisselen om hun lerend en innoverend vermogen te versterken, die de kwaliteit ten goede zal komen. Ondersteuning gebeurt via het inzetten van een coach die de desbetreffende organisatie helpt bij het duurzaam oplossen van de geconstateerde problematiek en zogeheten themacoördinatoren die kennisuitwisseling faciliteren. Daarnaast is er een team dat voor kennisverspreiding naar de gehele sector zorg draagt via onder meer websites en kennisproducten, en dat het overall programma faciliteert. Voor wat betreft de activiteiten kennisontwikkeling/verspreiding, het praktisch toepasbaar maken van kennis en het faciliteren van het programma stelt Vilans alle onderzoeken die zij doet, en kennis die zij daarbij op doet, om niet beschikbaar voor alle geïnteresseerde partijen.

Verder zijn de volgende subsidies verstrekt:

- Ten behoeve van het versterken van de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg is aan de verschillende academische werkplaatsen een financiële impuls toegezegd.
- V&VN heeft de zgn. Participatiekliniek vormgegeven om haar achterban in staat te stellen zich mee in te leven in het leven van de cliënten waaraan zij zorg verlenen.
- Het CCE heeft een subsidie ontvangen waarmee zij de kennis van een consultatie «opschalen» naar de gehele zorgorganisatie.
- Ten behoeve van het vergroten van het aantal cliëntreviews op zorgkaartnederland ontvangt de PFN enkele jaren subsidie van VWS. Verenso heeft subsidie ontvangen voor extra menskracht om een

bijdrage te kunnen leveren aan het realiseren van de doelen van het programma «Waardigheid en Trots».

- Voor het «Waardigheid en Trots» programma onderdeel radicale vernieuwing heeft het LOC een subsidie ontvangen.

Tot slot is subsidie verleend aan ActiZ voor het project Andere handen en Maatschappelijk debat en aan de Leyden Academy met als doel kwaliteit vanuit het perspectief van de cliënt verder inzichtelijk te maken.

**Vraag 171**

Hoe komt het dat de uitgaven in de intramurale ouderenzorg 79 miljoen lager uitvallen dan geraamd?

**Antwoord 171:**

De uitgaven in de intramurale ouderenzorg zijn € 79 miljoen lager dan oorspronkelijk geraamd, omdat steeds meer ouderen in de Wlz langer thuis blijven wonen. Tabel 18 van het jaarverslag (blz 241) laat zien dat de uitgaven aan VPT en pgb in 2016 mede hierdoor met € 132 miljoen respectievelijk € 221 miljoen hoger zijn uitgekomen.

**Vraag 172**

Kunt u uitleggen waarom de uitgaven voor extramurale zorg van 135 miljoen lager uitvallen vanwege een technische verschuiving ten opzichte van de ontwerpbegroting? Wat houdt dit precies in?

**Antwoord 172:**

Dagbesteding en vervoer werden in de ontwerpbegroting 2016 toegerekend aan de extramurale zorg. In het jaarverslag 2016 zijn deze echter specifiek toegerekend aan de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige ggz.

**Vraag 173**

De uitgaven aan overige zorg in natura zijn 179 miljoen hoger dan in de ontwerpbegroting. Wat wordt verstaan onder overige zorg en wat is hiervan de oorzaak?

**Antwoord 173:**

Onder overige zorg in natura worden alle uitgaven binnen de contracteer-ruimte verantwoord die niet – direct – toe te rekenen zijn aan één van de andere deelsectoren in de Wlz. In 2016 zijn de uitgaven aan overige zorg in natura uitgekomen op € 210 miljoen. Dit is € 179 miljoen hoger dan in de ontwerpbegroting, omdat er een technische verschuiving heeft plaatsgevonden van de middelen voor de meerzorgregeling. Dit onder meer omdat meerzorg vanaf 2016 ook van toepassing is op langdurige ggz en de ouderenzorg. De middelen zijn dus verschoven van de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz naar overige zorg in natura.

**Vraag 174**

Hoe is overschrijding van de nacalculerbare kapitaallasten te verklaren?

**Antwoord 174:**

De raming van de nacalculerbare kapitaallasten is met enige onzekerheid omgeven. Het is dus niet aanwijsbaar waar deze overschrijding precies mee samenhangt. Daarbij geldt dat de aanvaardbare kapitaallasten worden bepaald op basis van een beleidsregel van de NZa die rekening houdt met een groot aantal kostenposten van zorgaanbieders, waaronder het aantal bezette plaatsen, afschrijvingen, rente, huur, erfpacht, onderhoud en inventariskosten. Uit de voorlopige realisatiegegevens van de NZa is gebleken dat deze kapitaallasten per saldo een tegenvaller laten zien van € 100 miljoen in 2016.

**Vraag 175**

Kunt u uitleggen dat er sprake is van een licht hogere ontvangst bij de eigen bijdrage van € 68 miljoen door het toegenomen zorggebruik terwijl het lagere aantal cliënten in de intramurale ouderenzorg geleid heeft tot minder opbrengsten van de eigen bijdrage in de WIZ?

**Antwoord 175:**

Bij de eerste supplettoire wet 2016 is de raming van de ontvangsten Wlz naar beneden bijgesteld met € 21,9 miljoen op basis van op dat moment actuele realisatiecijfers en ramingen. Ondanks een toename van het totale aantal Wlz-cliënten domineerde toen het effect van de daling van het aantal intramurale cliënten, waarvoor een hogere eigen bijdrage geldt dan voor extramurale cliënten.

Bij de realisatiecijfers waarvan gebruik is gemaakt bij dit jaarverslag blijken de werkelijke ontvangsten € 56,8 miljoen hoger dan de raming in de eerste supplettoire begroting 2016. Hieruit blijkt dat over het jaar 2016 als geheel, het effect van de toename van het aantal Wlz-cliënten groter bleek dan het effect van de daling van het aantal intramurale cliënten.

**Vraag 176**

Hoe verklaart u de licht hogere ontvangsten bij de eigen bijdrage van 68 miljoen dat in lijn is met het toegenomen zorggebruik in de Wlz met de constatering dat het lagere aantal cliënten in de intramurale ouderen heeft geleid tot minder opbrengsten van de eigen bijdrage in de Wlz?

**Antwoord 176:**

Zie het antwoord op vraag 175.

**Vraag 177**

Kunt u aangeven of de 1,1 miljard lagere uitgaven van de zorgverzekeraars resulteert in een lagere premie?

**Antwoord 177:**

Het is moeilijk in te schatten op welk moment zorgverzekeraars deze lagere uitgaven over 2016 hebben verwerkt in hun boeken. Daarom is het ook moeilijk in te schatten op welk moment deze lagere uitgaven worden teruggegeven via een lagere premie. Over de afgelopen jaren zien we dat zorguitgaven achterbleven bij de verwachtingen, met een positief effect op het resultaat. Uit de transparante overzichten van de jaarcijfers, zoals door individuele zorgverzekeraars gepresenteerd op hun website, blijkt dat zorgverzekeraars het overgrote deel van het resultaat de afgelopen jaren hebben ingezet voor een lagere premie. Van het resultaat over 2015 is 81% ingezet ter verlaging van de premie in 2016 (19% is toegevoegd aan de reserves). Ik ga er dus van uit dat zorgverzekeraars op enig moment deze lagere uitgaven hebben betrokken/zullen betrekken in hun premiestelling.

**Vraag 178**

Ervan uitgaande dat in 2016 de gemiddelde burger opnieuw meer betaald heeft aan zorg, namelijk € 5.400, kunt u een overzicht geven wie meer betalen en wie minder, met daarbij de maximum en minimum bedragen?

**Antwoord 178:**

Hoeveel de kosten voor collectief gefinancierde zorg voor iemand bedragen is grotendeels afhankelijk van twee factoren. De eerste factor is het inkomen en de tweede factor is de mate waarin iemand gebruik heeft gemaakt van collectief gefinancierde zorg. De enige kostenpost die onafhankelijk is van beide factoren is de nominale premie voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze was in 2016 gemiddeld per verzekerde € 1.199.

De kostenpost die afhankelijk is van de mate waarin iemand aanspraak heeft gemaakt op collectief gefinancierde zorg is het totaal aan eigen betalingen. Voor wat de Zvw betreft levert dat een verschil op van maximaal € 385 tussen mensen die geen en veel gebruik hebben gemaakt van zorg in de Zvw. Voor de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is de eigen bijdrage niet alleen afhankelijk van gebruik, maar ook van het inkomen. Dit kan grote verschillen per persoon geven.

De overige posten (Inkomensafhankelijke bijdrage (IAB), Wlz-premie, zorgtoeslag, belastingen) zijn allemaal inkomensafhankelijk, maar in verschillende mate. Zo wordt de Wlz-premie geheven binnen de eerste en tweede schijf waardoor iemand met een modaal inkomen al de maximale premie van € 3.253 betaalt. De IAB loopt op tot een brutoinkomen van € 52.763. Uit de algemene middelen (directe en indirecte belastingen) worden de begrotingsgefinancierde zorguitgaven gefinancierd. Deze uitgaven zijn daarmee ook inkomensafhankelijk.

Wanneer met alle bovenstaande posten rekening wordt gehouden en wordt uitgegaan van het gemiddelde eigen risico voor de Zvw en geen eigen betalingen voor de Wlz of de WMO, betaalt een alleenstaande met een inkomen ter hoogte van het minimumloon € 3.325 aan collectieve zorg en een alleenstaande met twee keer een modaal inkomen € 10.843. Bij meerpersoonshuishouden (uitgaande van één kostwinner met twee kinderen) betaalt een gezin met een inkomen ter hoogte van het minimumloon € 3.758 en een gezin met twee keer een modaal inkomen € 12.066.

De eigen betalingen voor de Wlz en de Wmo worden in de bovenstaande berekening niet meegenomen, omdat deze slechts voor een specifieke groep gelden en sterk fluctueren. De tabel hieronder toont de maximale eigen bijdrage voor de Wmo<sup>7</sup> en Wlz, voor bovengenoemde huishoudentypes. Hierbij is sprake van anticumulatie; de eigen bijdragen van de Wlz en de maatwerkvoorzieningen in de Wmo hoeven nooit allebei betaald te worden. Uitgegaan wordt van een vermogen in box 3 kleiner dan het heffingsvrij vermogen.

	Wmo	Wlz
<b>Alleenstaande minimumloon</b>	€ 47	€ 828
<b>Alleenstaande 2x modaal</b>	€ 632	€ 2.301
<b>Gezin minimumloon</b>	€ 28	€ 626
<b>Gezin 2x modaal</b>	€ 566	€ 2.211

<sup>7</sup> Betreft de maximale periodebijdrage op basis van inkomen, waarbij geen rekening is gehouden met het daadwerkelijke zorggebruik.