Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2020–2021

35 830 XVI Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2020

Nr. 8

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 9 juni 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 mei 2021 inzake over het Jaarverslag Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2020 (Kamerstuk 35 830 XVI, nr. 1).

De Ministers en Staatssecretaris hebben deze vragen beantwoord bij brief van 8 juni 2021. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

kst-35830-XVI-8
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2021

Vraag 1
Waarom is in het verleden bij de jarenlange onderbestedingen bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport er niet voor gekozen een deel van de onderbesteding via kasschuiven ter beschikking te stellen in latere jaren, zoals nu mede door corona is gebeurd met middelen die in 2020 niet tot besteding zijn gekomen?
Antwoord:
Binnen het Rijk is afgesproken dat ministeries 1% van de omvang van de begroting aan het eind van het jaar mogen meenemen naar het volgende jaar, de zogenoemde eindejaarsmarge. Deze was de afgelopen jaren grofweg 30 miljoen euro per jaar voor de VWS-begroting. Deze eindejaarsmarge is de afgelopen jaren voor het volledige bedrag benut om onderbesteding op de VWS-begroting mee te nemen naar het volgend jaar.

Daarnaast kunnen middelen gedurende het jaar door een kasschuif worden verplaatst naar latere jaren. Dit komt voor wanneer beleid dat gepland stond voor een bepaald jaar op een ander tijdstip wordt uitgevoerd. Dit is op de VWS-begroting de afgelopen jaren meermaals gebeurd.

Als er echter aan het eind van het jaar meer middelen over zijn dan de eindejaarsmarge, dan vloeien deze terug naar de schatkist. Deze middelen komen daarmee ten goede aan het aflossen van de staatsschuld. Als er echter middelen alsnog nodig zijn in 2021, welke niet kunnen worden opgevangen binnen de begroting, dan kunnen deze opnieuw worden toegevoegd aan de begroting tijdens de Voorjaarsnota. Dit is bijvoorbeeld gebeurd bij een aantal coronaposten omdat deze middelen in 2021 alsnog noodzakelijk zijn.

Vraag 2
Wat was de raming voor Intensive Care (IC)-capaciteit de afgelopen tien jaar? Kunt u een overzicht van het aantal structurele IC-bedden van de afgelopen tien jaar geven? Hoeveel IC-personeel is er de afgelopen tien jaar bijgekomen of verdwenen? Hoeveel intensivisten waren er in 2010, hoeveel waren er vlak voor de coronacrisis en hoeveel zijn er nu? Hoeveel IC-verpleegkundigen waren er in 2010, hoeveel vlak voor de coronacrisis en hoeveel zijn er nu?
Antwoord:
Er is geen landelijke raming voor de IC-capaciteit. Ziekenhuizen baseren de benodigde IC-capaciteit op basis van de IC-bezetting van het afgelopen jaar.
In onderstaande tabel wordt het gemiddeld aantal operationele IC-bedden voor de jaren 2013–2018 weergegeven. Deze gegevens zijn afkomstig van de jaarverslagen van Stichting NICE (www.stichting-nice.nl). Het gaat jaarlijks dus om circa 1200 daadwerkelijk operationele bedden. Een overzicht van het gemiddeld aantal ic-bedden in de jaren 2010–2012 heb ik niet tot mijn beschikking.

Jaar	Aantal IC-bedden (NICE)
2013	1.208
2014	1.210
2015	1.210
2016	1.191
2017	1.209
2018	1.208

Er is geen landelijke registratie van de hoeveelheid IC-personeel over de afgelopen 10 jaar beschikbaar. Op peildatum 31 december 2013 waren er

5.738 IC-verpleegkundigen (Landelijke rapportage ziekenhuisopleidingen 2014, Capaciteitsorgaan, juni 2014). Op peildatum 1 januari 2020, vlak voor de coronacrisis, waren er 4.823 gediplomeerd IC-verpleegkundigen, waarvan er 182 niet in loondienst waren (Capaciteitsplan 2020–2023, deelrapport 8, FZO-beroepen en ambulanceverpleegkundigen, Capaciteitsorgaan, november 2020). De cijfers voor 2021 zijn nog niet beschikbaar. Cijfers over de aantallen intensivisten zijn niet direct voorhanden. Dat komt omdat de intensive care geneeskunde nog geen zelfstandig specialisme is en de registratie daarvan bij zeven basisspecialismen ligt.

Vraag 3
Hoeveel Spoedeisende Hulp (SEH)-posten en/of afdelingen acute verloskunde waren er in 2010 en hoeveel zijn er nu?
Antwoord:

	Aantal SEH's 24/7-uurs openstelling	Totaal aantal SEH's (inclusief dag/avond)
2010	Niet bekend	Niet bekend
2011	Niet bekend	99
2015	91	95
2016	90	94
2017	89	94
2018	86	89
01–2019	84	87
Maart 2019	83	87
Maart 2020	80	83

Hieronder vindt u een overzicht van het aantal Spoedeisende Hulp-locaties (SEH's) in Nederland vanaf 2010.
Hieronder vindt u een overzicht van het aantal locaties acute verloskunde (AV) in Nederland in de jaren t/m maart 2020. Voor de jaren tot 2014 is door het RIVM niet expliciet gevraagd naar het aanbod acute verloskunde volgens de criteria. Destijds is gevraagd of de SEH van een ziekenhuis «8 poortspecialismen aanbiedt», acute verloskunde was 1 van die 8 poortspecialismen. Vanaf 2014 is de uitvraag specifieker, met uitvraag naar aanwezigheid en beschikbaarheid van professionals en team. Daarom zijn de cijfers voor 2014 niet helemaal vergelijkbaar met de aantallen na 2014.

	Aantal locaties met AV volgens criteria
2015	84
2016	81
2017	81
2018	80
Januari 2019	Niet bekend
Maart 2019	75
Maart 2020	74

Bron: RIVM; stand per 01-02-2020, geactualiseerd 5 oktober 2020.

Vraag 4
Hoeveel mensen met een buitenlands zorgdiploma werken in Nederland? Hoeveel aanvragen zijn hiervoor ingediend de afgelopen vijf jaar? Hoeveel zijn er goedgekeurd? Welke kosten zijn hiermee gemoeid voor het CIBG en het Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-register?
Antwoord:
In totaal staan er 369.669 zorgverleners geregistreerd in het BIG-register, van wie 11.987 zorgverleners met een buitenlands diploma (stand 3 mei 2021, zie ook https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers/buitenlands-diploma-en-nederlands-diploma). Voor de beroepen

apotheker, arts, bachelor medisch hulpverlener, fysiotherapeut, geregistreerd-mondhygiënist, gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch technoloog, orthopedagoog-generalist, physician assistant, tandarts, verloskundige en verpleegkundige is een BIG-registratie vereist om in Nederland zelfstandig het beroep te kunnen uitoefenen. Naar verwachting is het overgrote deel van de BIG-geregistreerde zorgverleners met een buitenlands diploma ook werkzaam in Nederland, maar exacte informatie daarover is niet voorhanden. Er zijn van 2016 t/m mei 2021 in totaal 5.300 aanvragen voor BIG-registratie ingediend door zorgverleners met een buitenlands diploma. Daarvan zijn 3.971 aanvragen goedgekeurd. Er zijn 349 aanvragen na een inhoudelijke beoordeling afgewezen. Meest voorkomende redenen van afwijzing zijn het niet beschikken over een bewijs van Nederlandse
taalvaardigheid of een Certificate of Current Professional Status (CCPS, een verklaring van bevoegdheid en (voormalige) registratie in het buitenland). De overige aanvragen zijn afgebroken, niet in behandeling genomen (bv. omdat vereiste bewijsstukken niet zijn aangeleverd) of nog in behandeling. De kosten van het CIBG voor erkenning van buitenlandse diploma's bedragen gemiddeld over de jaren 2016 t/m 2021 ca. 4 miljoen euro op jaarbasis.

Vraag 5

Hoeveel vraagstukken zijn er in 2020 voorgelegd aan het «Juiste Loket»? Hoeveel waren daarvan gerelateerd aan de geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Hoeveel zijn er niet opgepakt of niet «opgelost» en wat waren daar de onderliggende oorzaken van?

Antwoord:

Bij het Juiste Loket zijn in 2020 4.054 vragen binnengekomen. Daarvan gingen er 741 over de GGZ, waarvan 370 specifiek over de Wlz-GGZ (toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis). Van het Juiste Loket heb ik begrepen dat er geen vragen meer openstaan. Dit betekent dat alle gestelde vragen een antwoord hebben gekregen. Het is mogelijk dat dit niet voor alle vraagstellers ook het gewenste antwoord is geweest.

Vraag 6

Wat zijn de opbrengsten en wat is de effectiviteit geweest van de Vliegende Brigade+?

Antwoord:

Vanuit het Actieprogramma «lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag» is het vanaf 2018 mogelijk om experts vanuit de Vliegende Brigade+ van ZonMw in te zetten. Er zijn sinds de start van dit traject 177 vouchers toegekend in het kader van Vliegende Brigade+ en de huidige aanpak loopt nog tot eind 2020. Ongeveer 50 van deze trajecten lopen momenteel nog. Een evaluatie van de opbrengsten en van de Vliegende Brigade+ is nog niet beschikbaar, maar zal meegenomen worden in de evaluatie van het totale Actieprogramma die momenteel uitgevoerd wordt. Voor het einde van het jaar zal uw Kamer hierover geïnformeerd worden.

Vraag 7

Hoeveel geld gaat naar de maatschappelijke opvang en beschermd wonen? Kunt u de omvang van het budget van de afgelopen tien jaar op een rij zetten?

Antwoord:

In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel middelen gemeenten hebben voor de maatschappelijke opvang en beschermd wonen de afgelopen tien jaar. Voor beschermd wonen geldt dat dit pas vanaf 2015 een gemeentelijke verantwoordelijkheid is. Binnen de AWBZ is dit in de periode 2011 t/m 2014 op een andere wijze geregistreerd, waardoor dit niet meer goed inzichtelijk te maken is. In 2020 zijn voor de maatschappelijke opvang eenmalig middelen toegevoegd vanwege de coronacrisis (zie het antwoord op vraag 9). Tevens zijn in de tabel voor de maatschappelijke opvang niet-geïndexeerde bedragen opgenomen.

Budgetten gemeentefonds Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen (bedragen x € 1 mln)

Uitkeringsjaar	Maatschappelijke opvang	Beschermd wonen[1]
2011	307	onbekend
2012	299	onbekend
2013	301	onbekend
2014	299	onbekend
2015	385	1.412
2016	385	1.439
2017	385	1.540
2018	385	1.634
2019	385	1.809
2020	476	1.938

[1] beschermd wonen is per 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten

Vraag 8
Hoe vaak wordt er gebruikgemaakt van beschermd wonen en wat is de toename of afname in de afgelopen tien jaar?
Antwoord:
Uit cijfers van het CBS blijkt dat in het eerste halfjaar van 2020 in totaal 34.540 mensen gebruik maakten van beschermd wonen. In 2011 waren dit nog ruim 13.000 cliënten (onder de AWBZ) en in 2012, 2013 en 2014 telkens ongeveer 20.000. In de periode 2015 tot en met 2020 is het aantal mensen dat gebruik maakt van beschermd wonen onder de Wmo 2015 gegroeid naar 34.540.
Vraag 9
Hoeveel heeft het permanent openen van de maatschappelijke opvang over 2020 vanwege de coronacrisis extra gekost?
Antwoord:
Er is geen inzicht in de precieze kosten voor het open houden van de maatschappelijke opvang tijdens de perioden van lockdown. Wel is er zicht op de totale meerkosten voor de maatschappelijke opvang in 2020 als gevolg van de coronacrisis. Op basis van onafhankelijk onderzoek is vastgesteld dat de meerkosten die direct voortvloeien uit de coronamaatregelen van het kabinet en het volgen van de RIVM-maatregelen in de maatschappelijke opvang in 2020 (maanden maart t/m december) 90 miljoen euro bedroegen. Gemeenten zijn hiervoor gecompenseerd. De meeste meerkosten in de maatschappelijke opvang komen voort uit het waarborgen van de anderhalvemeter-maatregel, bijvoorbeeld door de huur van extra gebouwen.
Vraag 10
Hoeveel patiënten/cliënten vallen onder de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd)?
Antwoord:
De Wvggz en Wzd zijn van toepassing op personen die vanwege hun psychische stoornis respectievelijk psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking of daaraan gelijkgestelde aandoening ernstig nadeel voor zichzelf of anderen veroorzaken. Als gedwongen zorg nodig is om dat ernstig nadeel weg te nemen, bieden de Wvggz en Wzd daarvoor het wettelijke kader. In zijn algemeenheid is niet te zeggen hoeveel personen onder de reikwijdte van deze wetten vallen, omdat niet alle personen met genoemde aandoeningen ook in aanraking komen met gedwongen zorg. Hoeveel machtigingen jaarlijks op grond van de Wvggz of Wzd worden afgegeven, is in het antwoord op vraag 49 vermeld.
Vraag 11
Hoeveel euro is er in 2020 over- of onderbesteed binnen de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van het jaar 2020, exclusief de extra uitgaven die gepaard gingen met de coronacrisis?
Antwoord:

De VWS-begroting (begrotingshoofdstuk 16) had een onderuitputting van 273 miljoen euro in 2020 op de reguliere middelen (dus exclusief de onderuitputting op coronamiddelen). De onderuitputting bij VWS treedt vooral op bij de subsidiebudgetten (263 miljoen euro) en opdrachtbudgetten (43 miljoen euro); deze is verspreid over diverse beleidsartikelen. De grootste individuele post betreft onderuitputting van circa 110 miljoen euro op het stagefonds (subsidiebudget). Er zijn ook enkele overschrijdingen, zoals 27 miljoen euro op de bijdrage aan medeoverheden en 22 miljoen euro op de bijdrage aan agentschappen. Een belangrijke aantekening hierbij is wel dat ook veel regulier beleid direct of indirect is beïnvloed door de coronacrisis. Ter illustratie: de onderuitputting van de stagefondsmiddelen is ontstaan door de noodzakelijke inzet van mensen voor de uitvoering van de zorgbonus. Deze zouden normaal voor de uitvoering van het stagefonds worden ingezet, maar om de zorgbonus mogelijk te maken is het laatste deel uit het proces van de jaarlijkse uitvoering van het stagefonds naar begin 2021 verplaatst. De uitgaven voor het stagefonds vinden daarom alsnog plaats in 2021.

Vraag 12

Met hoeveel procent zijn de kosten in de zorg binnen de medisch-specialistische zorg, per hoofd van de bevolking en inclusief eigenbetalingen en premies, gemiddeld gestegen?

Antwoord:

Voor de beantwoording is gekeken naar de premie gefinancierde, brutouitgaven in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in 2019 en 2020. Deze brutouitgaven bevatten ook de uitgaven die worden gedekt uit de ontvangsten eigen risico. Op basis van deze definitie zijn de gemiddelde uitgaven in de geestelijke gezondheidszorg in 2019 € 230 per hoofd van de bevolking. De gemiddelde uitgaven per hoofd van de bevolking in 2020 bedragen € 241. Dat komt neer op een stijging van 4,7%. Dit betreft de totale groei, dus inclusief loon- en prijsontwikkeling (waarvoor in het kader rekening is gehouden met een groei van 2,2%). Hierbij is relevant dat de uitgaven 2020 inclusief de meerkosten corona en de netto continuïteitsbijdragen corona zijn.
De definitieve uitgavenstanden voor 2019 en met name 2020 zijn nog met onzekerheid omgeven als gevolg van de coronacrisis en doordat nog niet alle declaraties ontvangen en geaccepteerd zijn.

Vraag 13

Met hoeveel procent zijn de kosten in de zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg, per hoofd van de bevolking en inclusief eigenbetalingen en premies, gemiddeld gestegen?

Antwoord:

Voor de beantwoording is gekeken naar de premie gefinancierde, brutouitgaven in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in 2019 en 2020. Deze brutouitgaven bevatten ook de uitgaven die worden gedekt uit de ontvangsten eigen risico. Op basis van deze definitie zijn de gemiddelde uitgaven in de geestelijke gezondheidszorg in 2019 € 230 per hoofd van de bevolking. De gemiddelde uitgaven per hoofd van de bevolking in 2020 bedragen € 241. Dat komt neer op een stijging van 4,7%. Indien je de meerkosten corona en de netto continuïteitsbijdrage corona niet meerekent, komt het neer op een stijging van 2,8%. Daarin zit ook nog een stukje prijsinflatie. Het definitief beschikbare macrokader 2020 bevatte een ophoging met loon- en prijsbijstelling van 2,2% ten opzichte het beschikbare deelkader zoals vermeld in de VWS-begroting 2020.
De definitieve uitgavenstanden voor 2019 en met name 2020 zijn nog met onzekerheid omgeven als gevolg van de coronacrisis en doordat nog niet alle declaraties ontvangen en geaccepteerd zijn.

Vraag 14

Wat gaat u concreet doen om zorgprofessionals voor de zorg te behouden, aangezien de coronacrisis helder heeft gemaakt hoezeer de inzet van de zorgprofessionals van belang is?

Antwoord:

Het behoud van medewerkers is één van de grootste uitdagingen waar de zorgsector voor staat. We hebben iedereen nodig om goede zorg te geven en kunnen blijven geven in de toekomst. Er zijn veel kritieke momenten waarop iemand kan besluiten om toch wat anders te gaan doen. Te beginnen tijdens de opleiding en de stage, maar ook op een later moment tijdens de loopbaan. Aandacht voor werkdruk, balans werk-privé, loopbaanontwikkeling en zeggenschap in het dagelijks werk zijn hierbij essentieel. In de afgelopen periode heb ik stevig geïnvesteerd om aan het behoud van medewerkers bij te dragen. Ten eerste zorgt VWS voor structurele ondersteuning voor het opleiden van professionals. Op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan is kostendekkende financiering beschikbaar voor de opleiding van medisch specialisten, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel (jaarlijks ca. 1,3 mld euro). Zorgorganisaties kunnen tevens een beroep doen op het Stagefonds voor ondersteuning bij de begeleiding van stagiairs (jaarlijks 112 mln euro). Ten tweede heb ik met het actieprogramma Werken in de zorg aanvullend en stevig ingezet op het behoud van personeel. Het zwaartepunt ligt in de regio met in iedere regio een eigen aanpak. Deze regionale aanpakken worden ondersteund met verschillende instrumenten zoals: De subsidie SectorplanPlus (420 mln euro voor 2017–2021). Via deze regeling kunnen zorgaanbieders subsidie aanvragen voor het opleiden van (nieuwe) medewerkers. Binnen het vierde tijdvak (dat loopt t/m 2021) is de regeling verbreed naar activiteiten gericht op het behoud van medewerkers. Het Actieleernetwerk voor het delen en leren van goede voorbeelden onder andere gericht op het behoud van personeel. Het VWS-regio team om regio's te helpen bij het verder ontwikkelen van hun aanpak en het opzetten van concrete projecten in de regio. Daarnaast faciliteert VWS een aantal specifieke, landelijke projecten, bijvoorbeeld gericht op: het verhogen van de deeltijdfactor via stichting het Potentieel Pakken; het geven van een impuls aan loopbaanoriëntatie via Sterk in je werk; het vergroten van medewerkersbetrokkenheid via het project Merkbaar Beter; het tegengaan van agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer via projectsubsidies op brancheniveau. Voor een uitgebreide toelichting verwijs ik naar de meest recente voortgangsrapportage van het Actieprogramma Werken de Zorg[1]. Ik realiseer me dat de schaarste aan personeel ook de komende jaren een grote uitdaging zal blijven. Ik heb daarom in de VWS-begroting 2021 structureel aanvullende middelen beschikbaar gesteld, oplopend tot € 130 mln structureel per jaar vanaf 2023. Daarnaast heb ik de SER gevraagd om een advies met de belangrijkste knelpunten en oplossingsrichtingen die hieraan bijdragen. U heeft dit rapport op 12 mei jl. ontvangen[2].

Vraag 15

Welke lessen heeft u uit de coronacrisis in 2020 geleerd, ook waar het gaat om het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zelf, bijvoorbeeld organisatorisch, financieel beheer, etc.?

Antwoord:

VWS heeft veel geleerd tijdens de coronacrisis. Eén van de lessen is dat VWS en de VWS'ers in hoog tempo naast beleidsvorming ook geheel nieuwe taken hebben kunnen oppakken. Net als binnen vele onderdelen van de zorg is er heel hard gewerkt door heel betrokken medewerkers. Wat daarbij ook is geleerd is dat het van toevoegde waarde kan zijn om de bedrijfsvoering eerder en integraal te betrekken bij de beleidsvorming en het organiseren van de uitvoering. De normale doorlooptijden van

[1] Kamerstuk 29 282, nr. 416

[2] Kamerstuk 29 282, nr. 437

procedures waren vaak te lang om de noodzakelijke snelheid van handelen te organiseren. Hierdoor moet nog het nodige herstelwerk gedaan worden. In termen van financieel beheer zijn de lessen geformuleerd in het Programma verbetering financieel beheer op basis waarvan de Algemene Rekenkamer het bezwaar heeft opgeheven zoals versterking van de financiële functie, bredere kennis vergaren van comptabele wet- en regelgeving in de hele financiële keten en gerichtere en proactieve control op begrotingsartikelen met de grootste risico's gedurende het hele jaar.

Vraag 16

Waarom heeft u besloten de inkoop van beademingsapparatuur en persoonlijk beschermingsmateriaal zelf te doen, terwijl het ministerie op dit terrein geen ervaring had? Waarom is er niet besloten dit uit te besteden aan organisaties die hier al jarenlange ervaring mee hebben? Wie heeft besloten dat dit een taak werd voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport?

Antwoord:

De inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen (pbm's) is zo snel als mogelijk aan een daarvoor toegeruste marktpartij uitbesteed. VWS heeft er voor gekozen de inkoopfunctie niet bij VWS zelf te beleggen. Bij het uitbreken van de coronapandemie ontstonden wereldwijd, acute problemen bij de levering van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM), ademhalingsapparatuur en andere medische hulpmiddelen. De reguliere toevoerkanalen bleken niet in staat om in de plots enorm toegenomen vraag te voorzien. Nadat het Ministerie van VWS eerst zelf de additionele inkoop van PBM en hulpmiddelen had opgepakt, is in maart 2020 het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) opgericht. Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen was een ad hoc samenwerking tussen verschillende partijen (VWS, zorginstellingen, bedrijfsleven en academische centra) zodat de in Nederland beschikbare relevante kennis en capaciteit – op gebieden zoals inkoop, logistiek en kwaliteit – benut konden worden. Het doel was om de zorg zo snel mogelijk van voldoende, kwalitatief goede persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) te voorzien. Vanaf de start van de activiteiten van het LCH heeft VWS een faciliterende en ondersteunende rol voor het LCH gehad bijvoorbeeld door middel van bevoorschotting van de inkopen van PBM. Gedurende het traject is daarbij ook een meer sturende rol bij gekomen bijvoorbeeld door het bepalen van de scope van de activiteiten van LCH en de omvang van de in te kopen producten. De rol in dit gehele traject was nieuw voor VWS waar al doende invulling aan gegeven moest worden. Reeds op 24 maart 2020 is met Mediq (als consortium partner) een overeenkomst gesloten om de inkoop, verkoop en distributie van producten ter bestrijding van de Covid-19-crisis op zich te nemen. VWS heeft daarmee alleen in de beginfase zelf PBM's ingekocht toen de extreme crisissituatie dat vereiste en de voorbereiding werden getroffen om de inkoop door derden te laten plaatsvinden. Wel zijn na 24 maart 2020 door VWS nog zelf inkopen gedaan in het kader van Europese aanbestedingen in EU verband die niet bij derden konden worden belegd voor de inkoop en in het kader van productie in Nederland van bijvoorbeeld desinfectantia en recycling van isolatiejassen. Alhoewel de inkoop van beademingsapparatuur in dezelfde tijd speelde is hier een andere afweging gemaakt ten aanzien van de uitbesteding vanwege het andere karakter van de producten. De Nederlandse ziekenhuizen zagen dat zij met elkaar aan het concurreren waren bij de inkoop, dat prijzen van beademingsapparatuur absurd snel stegen en dat de reguliere leveringskanalen niet meer konden leveren. Hieruit ontstond de wens om de inkoop te coördineren. VWS heeft vanwege de wereldwijde tekorten en onder dreiging van exportverboden door sommige landen en de na consultatie van NVZ, NFU, NVIC, LNAZ en FME besloten de inkoop van beademingsapparatuur zelf ter hand te nemen en dit in nauw overleg met de NFU, NVIC, NVKF en medisch technologen uit te voeren. Doorslaggevend argument voor het leggen van deze taak bij de

overheid was de verwachte politieke druk die op landen/leveranciers zou moeten worden uitgevoerd.

Vraag 17

Hoeveel IC-bedden zijn er daadwerkelijk bijgekomen sinds de corona-crisis? Zijn deze IC-bedden tijdelijk of structureel? Met hoeveel IC-bedden kan er daarnaast maximaal opgeschaald worden bij een volgende uitbraak?

Antwoord:

Het opschalingsplan op basis van het advies van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) is op te delen in drie stappen en gaat als volgt:

1. 100% structureel beschikbaar maken van de reeds bestaande IC-capaciteit wat zou leiden tot 1150 IC-bedden.
2. Het structureel uitbreiden van de IC-capaciteit met 200 IC-bedden (en 400 klinische bedden) per 1 oktober 2020. Deze extra IC-bedden zijn alleen bestemd voor COVID-19 patiënten die IC-zorg nodig hebben. Totaal dus 1350 IC-bedden.
3. Verdere uitbreiding met 350 flexibele IC-bedden (en 700 klinische bedden) per 1 januari 2021 die alleen worden ingezet voor COVID-patiënten in geval van een onverhoopt grote piek, voor de duur van de pandemie.
   Totaal dus 1700 IC-bedden.

Het uitbreiden van de IC-capaciteit betreft dus een tijdelijke uitbreiding voor de duur van de pandemie. Bij een volgende uitbraak kan er maximaal met 550 IC-bedden worden opgeschaald (1150 + 550 = maximaal 1700 IC-bedden). Het LNAZ geeft aan hoeveel bedden er landelijk beschikbaar moeten zijn. Op het hoogtepunt van de derde golf (eerste week van mei 2021) was er landelijk tot 1550 IC-bedden opgeschaald.

Vraag 18

In hoeverre is het afschalen en uitstel van reguliere zorg geslaagd in de afgelopen periode, aangezien een belangrijke les uit de eerste golf is dat dit zoveel mogelijk voorkomen moet worden?

Antwoord:

In de eerste golf is de planbare zorg grotendeels afgeschaald geweest door de grote instroom van Covid-patiënten. Om te voorkomen dat dit in het vervolg van de Covid-pandemie de reguliere zorg weer opnieuw volledig afgeschaald moest worden is de zorgsector medio vorig jaar aan de slag gegaan met het opschalingsplan COVID-19 van het Landelijk Netwerk Acute Zorg. Daarmee is er stapsgewijs buffercapaciteit met extra IC-bedden en verpleegbedden bijgekomen. En is er fors geïnvesteerd in het opleiden van personeel en het aantrekken van nieuwe medewerkers. Helaas was de instroom van het aantal Covid-patiënten in de tweede en derde golf te lang te hoog om de reguliere zorg volledig te kunnen blijven geven. Sommige behandelingen moesten worden uitgesteld om Covid-patiënten op te vangen. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) heeft op 30 oktober 2020 een raamwerk gepubliceerd dat artsen en ziekenhuisbestuurders ondersteunt bij de keuzes waar ze voor staan betreft het afschalen van reguliere zorg. Zo konden behandelingen op een verantwoorde manier worden uitgesteld. Vorige week is het Kader «Passende inhaalzorg MSZ» naar de Kamer gestuurd door de Minister voor MZS. Daarin staat onder andere beschreven hoe we de zorg die het afgelopen jaar uitgesteld moest worden, gaan inhalen.

Vraag 19

Heeft iedere zorgprofessional die recht had op de zorgbonus van 2020, deze bonus inmiddels ontvangen?

Antwoord:

De bonus 2020 was bedoeld als blijk van waardering voor mensen die bijzondere inzet hebben gepleegd voor COVID-19 patiënten dan wel in de strijd tegen COVID-19, en niet als generiek inkomensinstrument voor

iedereen werkzaam in de zorg. Bij het opstellen van de bonusregeling is ervan uit gegaan dat naar schatting 2/3 deel van de zorgprofessionals in de sector zorg en welzijn mogelijk een uitzonderlijke prestatie heeft geleverd in de strijd tegen COVID-19. We zien dat er in de praktijk breed subsidie is aangevraagd: zorgaanbieders hebben gemiddeld genomen voor ca 88% van hun personeelsbestand een bonus aangevraagd.
Op basis van CBS cijfers weten we dat er in de periode maart-september 2020 1,37 miljoen werknemers werkzaam waren in zorg en welzijn. Daarvan verdienen circa 1,3 miljoen werknemers minder dan 2x modaal, een subsidievoorwaarde. Samen met het aantal derden van circa 0,1 miljoen gaat het om circa 1,4 miljoen zorgprofessionals. Aan 1,144 miljoen van hen is een bonus uitgekeerd. Dit betreft ruim 1,06 miljoen werknemers en bijna 84.000 derden (zzp'ers, uitzendkrachten en ingehuurde schoonmakers). Dit betekent dat aan het merendeel van de zorgprofessionals een bonus is toegekend. Ik heb geen aanwijzing, wel enige signalen, dat er zorgprofessionals, die een uitzonderlijke prestatie hebben geleverd in de strijd tegen COVID-19, zijn vergeten door zorgaanbieders in de toekenning van de bonus. Uiteindelijk is het een verantwoordelijkheid van de werkgevers die ze hebben aangevraagd. De toegekende subsidies zijn allen uitbetaald aan de zorgaanbieders. Het was vervolgens aan de zorgaanbieder om met deze subsidie zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen vijf maanden na subsidieverlening, de bonus uit te keren aan de zorgprofessionals die in aanmerking komen voor de bonus.

Vraag 20

Wordt al het coronatestmateriaal in een centrale database geregistreerd? Wie houdt toezicht op het testmateriaal bij private partijen? Hoe wordt voorkomen dat testmateriaal (met DNA-gegevens) oneigenlijk gebruikt wordt door private partijen? Hoe borgt u dat commerciële bedrijven het DNA en het burgerservicenummer (BSN) van mensen die zich laten testen veilig bewaren?

Antwoord:

De testaanbieder, GGD of een private partij, is verantwoordelijk voor de registratie en beveiliging van persoonsgegevens van mensen die zich laten testen bij hun teststraat in hun eigen systeem. Alle positieve covid-19 testuitslagen moeten door artsen en laboratoria op grond van de Wet publieke gezondheid gemeld worden aan de systemen van de GGD. De testaanbieder, GGD of een private partij, is verantwoordelijk voor het nakomen van wet- en regelgeving bij het verwerken van persoonsgegevens en testmateriaal. Indien een testaanbieder, GGD of een private partij, gebruik maakt van een laboratorium voor de analyse van de testen, dan is het laboratorium eveneens gehouden aan de wettelijke verplichtingen omtrent verwerking van persoonsgegevens en testmateriaal. Voor testmonsters is de afspraak dat de analyselaboratoria negatieve testmonsters enkele dagen en positieve testmonsters maximaal drie maanden bewaren. Met de invoering van de tijdelijke wet coronabewijzen is de maximale bewaartermijn voor testaanbieders en laboratoria van 20 jaar verkort naar 1 jaar voor positieve coronatests en 4 weken voor negatieve coronatests. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit van testaanbieders en laboratoria, of zij zich houden wet- en regelgeving, waaronder de meldplicht aan GGD'en en of zij handelen in lijn met de richtlijnen van het Landelijk Centrum voor Infectieziektebestrijding (LCI). De Inspectie Leefomgeving en Transport houdt toezicht op de afvalverwerking van testmateriaal en het transport daarvan. De Autoriteit Persoonsgegevens controleert of een testaanbieder of laboratorium zich houdt aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en of de registratie en verwerking van persoonsgegeven op een correcte manier gebeurt.

Vraag 21

In hoeverre is het in gelijke tred blijven van de capaciteit van de uitvoering van bron- en contactonderzoek met de groei en capaciteit van testen

geslaagd in de afgelopen periode, aangezien dit één van de lessen uit de eerste golf is?

Antwoord:

Op basis van de vraagprognoses van de LCT en de ervaringen opgedaan tijdens de eerste golf zijn de GGD'en vanaf september 2020 de BCO-capaciteit sterk gaan opschalen. Op 1 oktober 2020 was in totaal 3.350 fte beschikbaar, op 31 december 2020 7.900 fte, een stijging van gemiddeld 350 fte per week. Ook bij hoge aantallen testen en besmettingen (zoals in december 2020) was het daardoor mogelijk om in alle gevallen BCO uit te voeren.

Vraag 22

Welke lessen trekt u uit de afgelopen periode over de werkwijze en de organisatie van de Gezondheidsraad in een crisistijd?

Antwoord:

In 2020 heeft de Gezondheidsraad een recordaantal adviezen uitgebracht, waarvan ook een groot deel op het gebied van COVID-19. Voor de COVID-advisering heeft de Gezondheidsraad haar werkwijze aangepast, waarbij ook gebruik wordt gemaakt van een flexibele commissie die spoedvragen kan behandelen. De samenwerking verloopt goed en de Gezondheidsraad weet de kwaliteit van adviezen ook te behouden zoals we gewend zijn. De snelheid waarmee de adviezen worden opgeleverd is hoger dan gebruikelijk bij de Gezondheidsraad. Toch blijft het een uitdaging om de snelheid van de advisering tijdens de Covid- pandemie goed af te stemmen op het tempo van de benodigde politieke besluitvorming en de gewenste uitvoering. Verdere lessen worden verwacht naar aanleiding van bredere crisisevaluaties. Daarvoor is het nu te vroeg.

Vraag 23

Heeft er inmiddels al een nulmeting plaatsgevonden omtrent de juiste zorg op de juiste plek en in de eigen omgeving, inzake de doelstelling waarbij in 2030 zorg 50% meer (of vaker) in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) wordt georganiseerd, samen met het netwerk van mensen? Wanneer komen er recente cijfers?

Antwoord:

De missie is geformuleerd voor het Missiegedreven Topsectoren en Innovatiebeleid (MTIB) en diende met name inspirerend en ambitieus te zijn om innovatie aan te jagen. Deze is niet één op één op de beweging en het programma van de juiste zorg op de juiste plek te leggen.
De nulmeting voor MITB/Gezondheid&Zorg is inmiddels is gedaan en is te vinden op https://www.volksgezondheidenzorg.info/monitormissiesgezondheidenzorg/achtergrond

Vraag 24

Welke zorg wordt precies bedoeld die in het kader van deze doelstelling in de eigen leefomgeving georganiseerd gaat worden? Wat betekent dit voor de professionals die in de instellingen werken?

Antwoord

De missie is geformuleerd voor het Missiegedreven Topsectoren en Innovatiebeleid (MTIB) en diende met name inspirerend en ambitieus te zijn om innovatie aan te jagen. Deze is niet één op één op de beweging en het programma van de juiste zorg op de juiste plek te leggen. De 50% zijn omschreven in topsectorenmissies als « in 2030 wordt zorg 50% meer (of vaker) in de eigen leefomgeving georganiseerd, in plaats van in zorginstellingen».
De zorg verplaatsen naar thuis of dichtbij huis is geen doel op zich; gekeken wordt naar de individuele patiënt en waar en op welke wijze hij of zij het beste verzorgd en ondersteund kan worden. Een specifieke vertaling naar de gevolgen voor de professionals in instellingen is dan ook niet te maken, aangezien het om een bredere invulling van zorg gaat.

Vraag 25

Is de landelijke financiering inmiddels geregeld van digitale zorg en e-health, waar extra op wordt ingezet? Wat was de groei van digitale zorg tijdens de coronacrisis en is deze groei blijvend? Scheelt dit geld?

Antwoord:

Er zijn verschillende mogelijkheden om digitale zorg, daar waar mogelijk en wenselijk en in overleg tussen patiënt en professional, in te zetten. In verband met Covid-19 heeft de NZa in 2020 een aantal tijdelijke verruimingen mogelijk gemaakt voor inzet van digitale zorg aan patiënten. Een aantal van deze verruimingen is vervolgens in overleg met het zorgveld structureel gemaakt vanaf 2021. Tevens is in de medisch-specialistische zorg in mei 2020 de facultatieve prestatie geïntroduceerd voor het organiseren van vernieuwende zorg. Daarnaast stimuleert het Zorginstituut de inzet van digitale zorg in de praktijk en borging in de richtlijnen. Gemeenten kunnen over de inzet van digitale zorg en e-health afspraken maken met de door hen gecontracteerde aanbieders op grond van de Wmo, Jeugdwet of de lokale preventieakkoorden. In reactie op de motie van het lid Van den Berg (Kamerstuk 31 765, nr. 499) hebben de NZa en het Zorginstituut VWS geadviseerd geen maximumtarief op het niveau van de meest doelmatige leveringsvorm vast te stellen, bijvoorbeeld om zo digitale toepassingen te stimuleren. Zij adviseren de bekostiging situationeel te differentiëren en menen dat afspraken over (financiële) doelmatigheidsprikkels het beste tot stand komen in overleg tussen individuele zorgaanbieders en individuele zorgverzekeraars. Het RIVM is op dit moment bezig met het vormgeven en uitvragen van de nieuwste cijfers met betrekking tot het gebruik van digitale zorg. Het resultaat wordt in december aan uw Kamer aangeboden. Uit onderzoek van het NIVEL (Stand van zaken e-health 2020 | Rapport | Rijksoverheid.nl) onder huisartsenpraktijken is wel gebleken dat 98% van de praktijken inmiddels gebruik maakt van een vorm van digitaal contact. Het e-consult (84%) en online recepten aanvragen (87%) werden door de meeste praktijken ingezet. Ook het beeldbelconsult is aan een opmars bezig: 64% van de huisartsen maakt nu hier meer gebruik van.

Het is niet bekend of op korte termijn financiële besparingen zijn bereikt met inzet van digitale zorg. Wel heeft het een belangrijke bijdrage geleverd aan continuïteit van zorg. In het eerste jaar van gebruik zijn veelal investeringen nodig in aanschaf en/of aanpassingen van systemen en werkprocessen. In en na de eerste golf van Covid-19, waarin veel zorgorganisaties in zeer korte tijd flexibel bleken om snel over te gaan op vormen van zorg op afstand, zagen we helaas een daling in het gebruik van digitale zorg. Vanaf de zomer van 2020 bespreekt VWS met verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties hoe het ontstane momentum vastgehouden kan worden en te benutten in de transformatie naar de inzet van slimme combinaties van digitale en fysiek zorg.

Vraag 26

Hoeveel zorginstellingen verkeerden in 2020 in financiële problemen? Zijn er aanwijzingen voor aanstaande faillissementen?

Antwoord:

Het Ministerie van VWS beschikt niet over een integraal overzicht van zorginstellingen in financiële problemen. Het CBS publiceert cijfers over het aantal faillissementen per branche. In de branche «gezondheids- en welzijnszorg» waren in 2020 88 faillissementen. Dat is beduidend minder dan de jaren daarvoor (in 2017, 2018 en 2019 waren er respectievelijk 130, 129 en 156 faillissementen in deze branche). Dit lagere aantal faillissementen hangt mogelijk samen met de tijdelijke steunmaatregelen i.v.m. covid-19. Zorgverzekeraars hebben hun eigen systemen uitgebreid en signalen worden sneller gedeeld met de Nederlandse Zorgautoriteit (de NZa), in het kader van het zgn. Early Warning System (EWS). In werkafspraken tussen de NZa, zorgverzekeraars en zorgkantoren is vastgelegd op welk moment zorgverzekeraars en zorgkantoren mogelijke risico's in ieder geval moeten melden. Daarnaast leunt het EWS niet langer op

informatie van zorgverzekeraars alleen. De NZa houdt zelf de financiële positie van zorgaanbieders scherper in de gaten, bijvoorbeeld door gebruik te maken van openbare informatie uit jaarrekeningen en media-analyses. Tevens zijn in 2020 werkafspraken gemaakt tussen het Ministerie van VWS en de NZa, waarbij een uitwisseling van signalen plaatsvindt tussen de NZa en VWS over mogelijke risico's op discontinuïteit. VWS wordt in een eerder stadium geïnformeerd over zorgaanbieders waarvan de dreigende discontinuïteit een grote maatschappelijke impact zou (kunnen) hebben. Dit brengt VWS in de positie om regie te nemen zodra partijen er onderling niet uit dreigen te komen en daarmee de continuïteit van zorg in gevaar komt. Niet met het doel om een zorgaanbieder koste wat kost overeind te houden, maar juist om te voorkomen dat onverwachte faillissementen leiden tot onverantwoorde risico's voor de continuïteit, kwaliteit en veiligheid van de individuele patiënten-/cliëntenzorg.

Vraag 27

Hoeveel datalekken in de zorgsector hebben in 2020 plaatsgevonden? Is dit meer of minder dan in voorgaande jaren? Hoe wordt voorkomen dat het aantal datalekken gaat toenemen nu steeds meer medische gegevens digitaal uitgewisseld gaat worden? Hoeveel meldingen als gevolg van het datalek bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) zijn er inmiddels binnengekomen bij de fraudehelpdesk? Hoe worden deze mensen begeleid?

Antwoord:

Van datalekken moet melding worden gedaan aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). In 2020 ontving de AP in totaal 23.976 datalekmeldingen, waarvan 30% uit de zorg. Dit betekent dat er in 2020 ongeveer 7.100 datalekken in de zorg zijn gemeld. Vergeleken met 2019 is het aantal meldingen vanuit de zorg gedaald met 4%.

Zorginstellingen dragen zelf de verantwoordelijkheid voor het op orde houden van hun eigen informatiebeveiliging en het bestrijden van datalekken. Ik help de zorg wel in het voorkomen van datalekken. Dit doe ik door te ondersteunen bij de implementatie van het Actieplan Informatieveilig gedrag, door wettelijke borging van de verplichte informatieveiligheidsnormen (NEN 7510) via de Wet Aanvulling bepaling verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) en de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz), door partijen in de zorg aan te moedigen om aan te sluiten bij Z-CERT en door kennisproducten zoals de recent verschenen «Handreiking verlopen domeinnamen» te doen ontwikkelen.

De fraudehelpdesk heeft ongeveer 75 meldingen ontvangen waarin de GGD is genoemd. Van deze meldingen is er één waarvan het mogelijk is dat deze te relateren is aan het datalek bij de GGD. Dat betekent niet dat de andere meldingen niet ook aan dit datalek gerelateerd kunnen zijn, dat heeft de fraudedesk echter niet kunnen vaststellen. Aan gedupeerden wordt de mogelijkheid aangeboden om hulp te krijgen van Slachtofferhulp Nederland.

Vraag 28

Is bij de besparingen op geneesmiddelen buiten het ziekenhuis, die oplopen tot 160 miljoen euro per jaar, de besparing die het preferentiebeleid van de zorgverzekeraars oplevert inbegrepen? Zo nee, hoeveel bedraagt die besparing jaarlijks? Zijn bij de besparingen binnen het ziekenhuis, die van eenzelfde orde zijn, de besparingen van de financiële arrangementen inbegrepen? Zo nee, hoeveel bedragen die jaarlijks? Hoe wordt de structurele besparing van jaarlijks 320 miljoen euro op geneesmiddelen ingezet? Blijft dit binnen het geneesmiddelenkader? Zo nee, waarom niet? Wat is de totale jaarlijkse besparing van het preferentiebeleid sinds de invoering?

Antwoord:

De besparing van naar schatting € 160 miljoen (m.b.t. Apotheekzorg) betreft de besparing door de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen. Besparingen door preferentiebeleid is geen onderdeel van de € 160 miljoen. Het is niet exact bekend wat preferentiebeleid jaarlijks oplevert; daarvoor zouden de huidige uitgaven af moeten worden gezet tegen een fictieve situatie waarin er in Nederland geen preferentiebeleid zou zijn. Een dergelijke berekening is op dit moment niet beschikbaar. Desalniettemin, de afgelopen jaren is de uitgavengroei bij extramurale geneesmiddelen zeer beperkt gebleven, mede door het inkoopbeleid vanuit verzekeraars. Een voorbeeld: sinds 2015 is er grofweg een miljard euro op dit financiële kader overgebleven. Welk deel van de besparing exáct het gevolg is van het preferentiebeleid is moeilijk vast te stellen, maar het gaat wel om aanzienlijke bedragen. De besparing door de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen binnen de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) is een andere dan de besparing die behaald worden door prijsarrangementen. Op basis van voorlopige cijfers hebben dergelijke financiële arrangementen geleid tot een uitgavenverlaging (bij MSZ) van € 277 miljoen in 2019, voor 2020 zijn er nog geen gegevens hierover bekend (Kamerstuk 29 477, nr. 691). De besparing door de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen is m.b.t. de Apotheekzorg (extramuraal) onderdeel van de taakstelling op extramurale genees- en hulpmiddelen uit het regeerakkoord van 2017 (Bijlage bij Kamerstuk 34 700, nr. 34) (zie o.a. brief aan Tweede Kamer d.d. 15 juni 2018) (Kamerstukken 29 477 en 32 805, nr. 489). De besparing binnen de MSZ draagt bij aan de financiële doelstellingen bij de MSZ, waar in het regeerakkoord een aparte taakstelling voor is opgenomen (Hoofdlijnenakkoord MSZ).

Vraag 29

Wanneer worden/zijn de huidige hoofdlijnenakkoorden geëvalueerd? Wat neemt u daaruit mee voor de toekomst en eventuele toekomstige hoofdlijnenakkoorden?

Antwoord:

Op dit moment loopt een evaluatie van de Hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg in het kader van het programma Lerend Evalueren. Het adviesbureau SiRM (Strategies in Regulated Markets) voert deze evaluatie uit. Eén van de onderdelen van dit onderzoek is het nadenken over het gebruik van toekomstige hoofdlijnenakkoorden en in welke vorm dat zou kunnen zijn. Wij verwachten u het rapport eind van het jaar te kunnen toesturen.

Vraag 30

Kunnen de zorglasten per volwassene worden uitgesplitst naar belastingen, zorgpremie, eigen risico en eigen bijdragen? Kunt u een overzicht geven van de afgelopen vier jaar?

Antwoord:

In onderstaande tabel staan de zorglasten uitgesplist voor de jaren 2017 tot en met 2020. Dit betreft de lasten van de uitgaven die vallen onder het Uitgavenplafond Zorg (UPZ). Om de cijfers vergelijkbaar te houden is de bijdrage via belastingen, die in 2017 en 2018 is geleverd ter dekking aan de Wmo- en Jeugdzorguitgaven, niet meegenomen. Die bijdrage viel in 2017 en 2018 namelijk nog wel onder het UPZ en daarna niet meer.

Tabel – Zorglasten per volwassene (in €)

	2017	2018	2019	2020
Nominale premie	1.286	1.308	1.384	1.414
Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw	1.625	1.738	1.806	1.764
Premie Wlz	1.068	1.076	1.111	1.023
Eigen risico Zvw en eigen bijdragen Wlz	364	360	356	360
Belastingen	973	983	1.122	1.419

	2017	2018	2019	2020
Zorgtoeslag	– 312	– 336	– 354	– 373
Totaal	5.004	5.130	5.425	5.606

Vraag 31
Zijn er in 2020 intensiveringen of ombuigingen geweest binnen het budget voor het Actieprogramma Werken in de zorg?
Antwoord:
Binnen het budget voor het Actieprogramma Werken in de Zorg (Bijlage bij Kamerstuk 29 282, nr. 303) zijn in 2020 geen ombuigingen nodig geweest. Het budget is voor het overgrote deel ook conform planning aangewend. Wel is er ruim € 62 miljoen van het voor 2020 gereserveerde budget voor SectorplanPlus doorgeschoven naar 2021 (€ 20 miljoen) en 2022 (€ 42 miljoen) om de budgetverdeling over de jaren te laten aansluiten op de liquiditeitsbehoefte. Binnen de meerjarige subsidie die de werkgeversorganisatie Regioplus ontvangt voor onder andere de uitvoering van het actieprogramma, is een intensivering van € 6,5 mln. Vrijgemaakt voor activiteiten gericht op matching van tijdelijke medewerkers. Los van het actieprogramma, zijn in 2020 om aanvullende middelen vrijgemaakt voor Extra Handen voor de Zorg, de Nationale Zorgklas, de Coronabanen voor de Zorg en de Zorgbonus.
Vraag 32
Wat heeft het contactpunt psychosociale ondersteuning gekost? Kunt u dat uitsplitsen in eenmalig en structurele kosten? Tot wanneer blijft het contactpunt toegankelijk?
Antwoord:
Het oprichten van het Steunpunt Coronazorgen heeft eenmalig € 521.097,39 gekost. Deze opdracht loopt tot 14 oktober 2022. Er zijn geen structurele kosten begroot. Het Steunpunt was begroot voor de eerste COVID-19 golf. De tweede en derde golf brengen extra kosten met zich mee. Er is nog geen einddatum vastgesteld.
Vraag 33
Kunt u aangeven in hoeverre de verstrekte subsidie aan Extra handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas geholpen heeft aan de inzet van extra mensen die kunnen helpen in de zorg? Kunt u uw antwoord toelichten?
Antwoord:
Via Extra Handen voor de Zorg zijn er in de eerste golf circa 8000 mensen voorgesteld aan zorgorganisaties, voor wie 2800 zijn geaccepteerd. In de tweede en derde golf zijn er 6893 mensen voorgesteld, van wie er 2941 zijn geaccepteerd. Sommige van deze mensen zijn meerdere keren voorgesteld en ingezet. In totaal is er in de tweede en derde golf 9260 keer iemand voorgesteld, waarvan 3171 keer geaccepteerd (peildatum 28-5-2021). In een peiling van de Nationale Zorgklas gaf circa 1/3 van de 1344 respondenten aan dat zij in de zorg aan de slag zijn gegaan. Circa de helft daarvan via Extra Handen voor de Zorg, de andere helft heeft op eigen initiatief een baan gevonden.
Vraag 34
Hoeveel van de subsidie voor Extra handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas is inmiddels aangesproken? Klopt het dat meer dan de helft van de € 80 miljoen subsidie niet is gebruikt? Kunt u uw antwoord toelichten?
Antwoord:
Ik neem aan dat hier wordt gedoeld op de subsidieregeling Coronabanen in de Zorg. In het eerste tijdvak is er voor € 38 miljoen subsidie aangevraagd. Daarmee kunnen 3740 mensen starten in een Coronabaan. Circa 950 doen dat met de ambitie om duurzaam in te stromen: zij volgen een opleiding. De subsidieregeling Coronabanen wordt verlengd met een tweede tijdvak ter grootte van € 40 miljoen.

Vraag 35
Wat is inmiddels geregeld voor het feit dat veel Nationale Zorgklas-alumni de voorkeur gaven voor parttime werk terwijl zorgaanbieders juist een fulltime kracht willen, zoals beschreven in het artikel van de Groene Amsterdammer over Extra handen voor de Zorg[3]? Hoe is dit geregeld?

Antwoord:
VWS faciliteert maatschappelijke initiatieven zoals Extra Handen voor de Zorg (EHvdZ) en de Nationale Zorgklas (NZK) gericht op (het opleiden van) tijdelijk extra personeel. Van de mensen zonder medische achtergrond bij EHvdZ, is circa 60% 20 uur of meer per week beschikbaar. In aanloop naar het eerste tijdvak van de Coronabanen, heeft EHvdZ de deelnemers van de NZK die aangaven minder dan 20 uur beschikbaar te zijn, benaderd met de vraag of zij bereid waren meer uren te werken.

Vraag 36
Waarom is het advies van de commissie Terpstra niet opgevolgd, aangezien veel deelnemers die zich hebben aangemeld om te helpen in de zorg, uiteindelijk geen baan kregen aangeboden?

Antwoord:
De Commissie Werken in de Zorg adviseert dat er niet méér mensen moeten worden opgeleid via de Nationale Zorgklas (NZK) dan waar vraag naar is vanuit zorgorganisaties. Dat advies is helder, maar zorgt ook voor een dilemma. Want opleiden kost tijd. Als de NZK pas was gaan opleiden op het moment dat de vraag vanuit zorgorganisaties was gekomen, dan was men te laat geweest. Daarom is ervoor gekozen de NZK in staat te stellen preventief te beginnen met het opleiden van deze mensen, zodat zij klaar zouden staan mocht het nodig zijn. Dat brengt wel het door de commissie gesignaleerde risico van frustratie bij de deelnemers met zich mee. Daar is op verschillende manieren op geanticipeerd. De NZK is gevraagd om in haar communicatie goed aan verwachtingenmanagement richting deelnemers te doen. Met de coronabanensubsidie is het aantrekkelijk gemaakt voor werkgevers om deze mensen in tijdelijke dienst te nemen én goed te begeleiden. Tevens is er extra geïnvesteerd in opleidingen. Kandidaten die de ambitie hebben om duurzaam in te stromen in de zorg kunnen via de Nationale Zorgklas ook deelcertificaten behalen op mbo-niveau 2 en 3. Ik blijf aandacht vragen bij de NZK voor het zoveel mogelijk voor de zorg behouden van deelnemers met de ambitie om duurzaam in de zorg aan de slag te gaan. Met de verlenging van de subsidieregeling Coronabanen in de Zorg ontstaan opnieuw kansen voor onder andere deze mensen op een baan in de zorg.

Vraag 37
Kunt u nader toelichten waarom extra ondersteuning niet nodig is aangezien volgens de website van Extra handen voor de Zorg het huidige bestand van deelnemers groot genoeg is om zorgaanbieders te voorzien van extra ondersteuning, waardoor mensen zonder zorgachtergrond zich niet meer kunnen aanmelden – terwijl het ziekteverzuim en de tekorten aan zorgverleners erg hoog zijn?

Antwoord:
Extra Handen voor de Zorg (EHvdZ) is opgericht als crisisfaciliteit, waar organisaties in acute nood een beroep op kunnen doen. We zien dat de afnemende pandemisch druk zich uit in een afnemend aantal aanvragen bij EHvdZ. Momenteel heeft Extra Handen voor de Zorg (EHvdZ) 2805 mensen zonder zorgachtergrond in het bestand die minimaal 20 uur in de week beschikbaar zijn. Gelet op de ervaringen in deze coronacrisis is dat meer dan genoeg om aan de (afnemende) vraag van zorgorganisaties te voldoen op het gebied van ondersteuning door deelnemers die geen zorgachtergrond hebben. Daarnaast neemt EHvdZ waar dat zorgorganisaties vooral behoefte hebben aan gekwalificeerd personeel. Het blijven

[3] De Groene Amsterdammer, 5 mei 2021 «Een bakkie doen» (https://www.groene.nl/artikel/een-bakkie-doen).

inschrijven van mensen zonder zorgachtergrond kan dan ook leiden tot teleurstelling bij mensen zonder zorgachtergrond. Dat wil EHvdZ voorkomen. Met EHvdZ is afgesproken dat zorgorganisaties tot 1 september een beroep kunnen doen op hun matchingsfaciliteiten. Parallel daaraan werken zij aan een plan om de mensen in het bestand zoveel mogelijk te behouden, bijvoorbeeld als zij-instromer, herintreder of als zorgreservist voor een nationale zorgreserve waarvan de mogelijkheden momenteel worden verkend.

Vraag 38

Wat heeft capaciteitsorgaan voor de benodigde instroom geadviseerd per beroep? Hoeveel opleidingsplaatsen heeft u opengesteld en in hoeverre wijkt dat af van het advies? Wat is er daadwerkelijk gerealiseerd? Kunt u een overzicht geven van medisch specialisten en tandartsen van de afgelopen tien jaar?

Antwoord:

Hieronder zijn de adviezen van het Capaciteitsorgaan voor de verschillende beroepen weergegeven zoals die golden voor 2020 (in 2020 heeft het Capaciteitsorgaan nieuwe adviezen uitgebracht die gelden voor de komende jaren). Tevens is het aantal beschikbaar gestelde plaatsen en het verschil met het advies opgenomen. De grote verschillen bij huisartsen en ggz-beroepen zijn het gevolg van politieke wensen (moties) om meer opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen voor deze beroepen. Over de realisatie in 2020 zijn op dit moment nog geen gegevens beschikbaar.

Opleidingsplaatsen 2020

Opleiding	Advies	Beschikbaar	Verschil
Medisch specialist	1.090	1.100	+ 10
Klinisch technologische specialist	52	63	+ 11
Spoedeisendehulparts	40	33	– 7
Tandheelkundig specialist	22	20	– 2
Huisarts	630	750	+ 120
Specialist ouderengeneeskunde	186	186	0
Arts verstandelijk gehandicapten	24	24	0
Arts publieke gezondheidszorg 2e fase	60	60	0
Arts publieke gezondheidszorg 1e fase	126	126	0
Beroepen geestelijke gezondheidszorg	1.322[1]	1.485	+ 163
Ziekenhuisopleidingen	5.581	n.v.t.[2]	

[1] Inclusief 2-jarige opleiding verpleegkundig specialist ggz, die afhankelijk is van de opleidingsinstituten.
[2] Er worden geen plaatsen beschikbaar gesteld; bekostiging gebeurt op basis van behaalde diploma's. In 2020 zijn 3020 plekken gerealiseerd.

In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van opleidingsplaatsen medisch specialisten en tandartsen over de afgelopen 10 jaar. Tot 2018 raamde het Capaciteitsorgaan tandheelkunde niet op reguliere basis. Wel is in 2013 incidenteel een raming uitgebracht. Voor gegevens over de instroom bij de studie tandheelkunde verwijs ik u naar de Minister van OCW.

	Medisch specialisten		Tandartsen
Jaar	Advies (max)	Instroom	Advies
2011	1.125	1.269	–
2012	1.405	1.350	–
2013	1.405	1.310	287
2014	1.202	1.235	–
2015	1.202	1.168	–
2016	1.202	1.193	–
2017	1.036	1.134	–
2018	1.036	1.084	311

	Medisch specialisten		Tandartsen
Jaar	Advies (max)	Instroom	Advies
2019	1.036	1.128	320
2020	1.090	1.100	359

Vraag 39
Waarom vindt u dat de aanpak van het programma (Ont)Regel de Zorg zijn vruchten afwerpt als zorgverleners aangeven dat de ervaren werkdruk slechts in beperkte mate is afgenomen? Hoeveel procent afname per sector wilt u bereiken?

Antwoord:
Na een lange periode waarin de ervaren regeldruk onder zorgverleners alleen maar opliep, is in de meest recente monitoringsinformatie van het programma [Ont]Regel de Zorg (Kamerstuk 29 515, nr. 452) zichtbaar dat deze voor het eerst is gedaald. Hoewel die daling mij nog niet ver genoeg gaat en ook nog niet in de volle breedte van het zorgveld even merkbaar is, zie ik hierin wel een kentering. Dit kabinet heeft de keuze gemaakt om geen kwantitatieve doelstelling van een percentage afname of aantal geschrapte regels aan het programma te verbinden, omdat ervaringen uit het verleden leren dat een dergelijke doelstelling gemakkelijk verwordt tot een boekhoudkundige vingeroefening waar de zorgverlener in de praktijk niets mee opschiet. Aangezien het kabinet demissionair is, past het mij ook niet alsnog een dergelijke doelstelling te introduceren.

Vraag 40
In hoeverre heeft het programma (Ont)regel de Zorg daadwerkelijk geresulteerd in minder regelgeving en regeldruk? Hoe is dit meetbaar gemaakt, dan wel te maken?

Antwoord:
In de afgelopen drie jaar zijn met het programma [Ont]Regel de Zorg belangrijke stappen gezet om de regeldruk die zorgverleners ervaren merkbaar terug te dringen. Dat heeft tal van concrete resultaten en mooie voorbeelden opgeleverd. Uit de meest recente monitoringsinformatie blijkt een voorzichtige positieve trend: de meerderheid van de bevraagde beroepsgroepen geeft aan een lichte vermindering van de regeldruk te ervaren. Kortheidshalve verwijs ik naar de uitgebreide voortgangsrapportage die uw Kamer over het programma heeft ontvangen (Kamerstuk 29 515, nr. 452). U kunt de voortgang ook te allen tijde volgen via www.ordz.nl.

Vraag 41
Waarom worden er bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker geen regionale ziekenhuizen ingezet, aangezien het feit dat daar geen D3 maar D2-apparatuur voor handen is in deze situatie van ondergeschikt belang is, volgens deskundigen? Is deze mogelijkheid onderzocht? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:
In de brief van 4 maart 2021 (Kamerstuk 32 793, nr. 546) wordt aangegeven dat waar mogelijk beschikbare screeningscapaciteit bij ziekenhuizen zal worden ingezet. Op dit moment wordt verkend welke mogelijkheden er zijn. Voor de zomer zal uw Kamer hier nader over worden geïnformeerd.

Vraag 42
Wanneer wordt exact de evaluatie verwacht van de bovenregionale expertisecentra?

Antwoord:
De Kamer wordt periodiek over de voortgang van de bovenregionale expertisecentra jeugdhulp geïnformeerd, recent met de brief van 28 mei

2021.[4] In de slotrapportage van het programma Zorg voor de Jeugd wordt uw Kamer geïnformeerd over de ervaringen en de geleerde lessen met het programma.

Vraag 43

Wanneer wordt de evaluatie van het programma Geweld hoort nergens Thuis verwacht?

Antwoord:

Het programma Geweld hoort nergens Thuis loopt tot eind 2021. In de programmatische aanpak is al voorzien in evaluatieve momenten en zijn elementen ingebouwd voor een continue leerproces. Zo biedt de Impactmonitor aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling zicht op relevante indicatoren onder andere gericht op de impact van de aanpak voor mensen en gezinnen waar huiselijk geweld en kindermishandeling speelt. Tevens brengt het programma de voortgang in de regio's in kaart. Eind 2021 verschijnt het eindbeeld van de voortgang in de regio's in de Voortgangsrapportage van het programma.

Vraag 44

Hoeveel extra verpleeghuisplekken zijn er in 2020 gecreëerd?

Antwoord:

In de rapportage die is gemaakt naar aanleiding van «de ActiZ Ledenenquête; Capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg 2020» (6 mei 2020) gaven de ActiZ-leden die de enquête hadden ingevuld aan, dat er in 2020 naar verwachting 400 extra verpleeghuisplekken met verblijf zouden worden gerealiseerd. Indien de steekproef als representatief wordt beschouwd, betekent dit dat er landelijk in 2020 750 verpleeghuisplekken met verblijf zijn gerealiseerd.

Vraag 45

Was zijn de meest recente cijfers met betrekking tot de wachtlijst voor verpleeghuiszorg?

Antwoord:

In de tweede voortgangsrapportage capaciteit en wachtlijsten verpleeghuizen van 24 december 2020 (Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 541) heb ik aangegeven dat de informatie over de wachtlijst gaat veranderen. In bijlage 2 bij deze brief heb ik aangegeven dat de statussen «actief wachtend» en «niet-actief wachtend» worden uitgefaseerd in 2021. De zorgkantoren hebben in 2020 samen met de zorgaanbieders het proces van zorgbemiddeling doorgelicht. Resultante hiervan is dat er enkele nieuwe statussen zijn geïntroduceerd: urgent plaatsen, actief plaatsen, wacht op voorkeur en wacht uit voorzorg. Deze statussen geven een beter beeld van de situatie en de beweegredenen van de cliënt. Zorgkantoren nemen met elke cliënt contact op om te bespreken wat zijn behoefte is en stemmen de zorgbemiddeling daarop af. De wachtlijst voor de sector V&V is als volgt:

Wachtenden V&V	Okt 2020	Nov 2020	Dec 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mrt 2021	Apr 2021
Urgent plaatsen	0	0	0	0	167	166	154
Actief plaatsen	0	0	0	0	1.724	1.855	2.008
Actief wachtend	1.313	1.353	1.396	1.530	133	48	15
Niet-actief wachtend	18.910	19.636	19.658	19.499	0	0	0
Wacht op voorkeur	0	0	0	0	18.254	17.021	15.292
Totaal	20.223	20.989	21.054	21.029	20.278	19.090	17.469

Bron: iWlz/Zorginstituut Nederland Het totaal aantal wachtenden is gedaald van ongeveer 21.000 naar 17.500. Dat komt doordat een deel van de cliënten die voorheen «niet-actief wachtend« waren nu geregistreerd staan als «wacht uit voorzorg». Zij hebben aangegeven dat zij niet wachtend zijn en zelf initiatief nemen om het zorgkantoor te benaderen voor zorgbemiddeling. Zij komen daarom niet op deze wachtlijst te staan. Meer achtergrondinformatie is te vinden in de infographic van ZN: (zie https://assets.zn.nl/p/32768/none/Langdurige%20zorg/Wachtlijsten%20langdurige%20zorg/ZN-Infographic.pdf. Elk zorgkantoor hanteert deze werkwijze. Op de recentelijk vernieuwde site van het Zorginstituut kunt u de wachtlijst in detail raadplegen (stand 1 april 2021), zie https://www.zorgcijfersdatabank.nl/toelichting/wachtlijstinformatie/wachtlijsten-landelijk-niveau.

[4] Kamerstuk 31 839, nr. 778

Vraag 46
Hoe lang stond een oudere gemiddeld in 2020 op de wachtlijst voor een plekje in het verpleeghuis?
Antwoord:
Op basis van de 12 maandelijkse overzichten van het Zorginstituut van 2020 is berekend wat de gemiddelde wachttijd is.

Gemiddelde wachttijd V&V	0–6 weken	6–13 weken	> 13 weken
Actief wachtend zonder Wlz-zorg	87%	8%	5%
Actief wachtend met Wlz-zorg	83%	10%	7%
Niet actief wachtend zonder Wlz-zorg	49%	15%	36%
Niet actief wachtend met Wlz-zorg	18%	18%	64%

De actief wachtenden worden door het zorgkantoor actief bemiddeld, opdat zij binnen de Treeknorm (0–13 weken) passende zorg krijgen aangeboden. De gearceerde cellen uit de tabel laten zien dat in ruim 90% van de gevallen aan deze norm wordt voldaan. Bij de niet-actief wachtenden was dit niet het geval, omdat veel cliënten aangeven nog niet te willen verhuizen naar een verpleeghuis.
Vraag 47
Hoeveel verpleeghuislocaties voldeden in 2020 aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg? Hoeveel zorgmedewerkers zijn er in de verpleeghuizen tekort om op alle locaties te kunnen voldoen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg?
Antwoord:
Met het programma Thuis in het Verpleeghuis is de inzet van de Minister van VWS erop gericht dat in 2022 alle verpleeghuislocaties voldoen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Om dat te bereiken is structureel € 2,1 miljard beschikbaar gesteld, met name bedoeld voor extra zorgpersoneel. Dit bedrag komt onder andere via het Kwaliteitsbudget in jaarlijkse tranches beschikbaar. In 2022 loopt deze fasering ten einde en is het volledige bedrag van € 2,1 miljard verwerkt in de integrale tarieven en de contracteerruimte. In de vijfde voortgangsrapportage van het programma Thuis in het Verpleeghuis die in maart 2021 naar de Tweede Kamer is gestuurd, is uitgebreid ingegaan op de resultaten van het programma[5]. Daaruit blijkt onder andere dat bewoners en naasten de verpleeghuiszorg steeds hoger waarderen, dat een groot aantal verpleeghuizen goed op weg is om aan het kwaliteitskader te voldoen en dat er steeds meer personeel ingezet wordt in de verpleeghuiszorg. De uitstroom van personeel en het ziekteverzuim blijven echter zorgwekkend hoog. Op het niveau van verpleeghuislocaties kan geen uitspraak worden gedaan over hoeveel er in 2020 wel of niet voldeden aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. In de vijfde voortgangsrapportage is aangegeven dat om op landelijk niveau te voldoen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg in 2022 34.600 fte extra ingezet moet zijn. Eind derde kwartaal 2020 was daarvan 21.000 gerealiseerd. Dit is in lijn met het beoogde groeipad op basis van het beschikbaar gestelde budget. Het betekent dat er nog 13.600 fte extra ingezet moet gaan worden vanaf het vierde kwartaal van 2020 tot 2022. Dat komt overeen met circa 22.000 extra werknemers voor verbetering van de kwaliteit.
Vraag 48
Wat is de bron van de nulmeting en actuele stand waarin het percentage wordt genoemd van de medewerkers binnen de jeugdzorg dat (zeer) tevreden is? Wat is de reden voor de toegenomen tevredenheid (69 procent in 2017 en 78 procent in 2019)?

[5] Kamerstuk 31 765, nr. 546.

Antwoord:
De bron voor de nulmeting en de actuele stand is de werknemersenquête van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW). Zoals aangegeven in de Monitor van het Actieprogramma Werken in de Zorg[6] is er sprake van een methodebreuk omdat de uitvoerder van de metingen is gewijzigd. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) doet vanaf 2019 de metingen voor het AZW-onderzoeksprogramma. De uitkomsten van 2017 en 2019 kunnen dus niet met elkaar vergeleken worden. Onlangs heeft het CBS de data gepubliceerd uit de werknemersenquête over het jaar 2020 en hieruit volgt dat 82% van de medewerkers in de jeugdzorg aangeeft (zeer) tevreden te zijn. Er is sprake van een toename van de tevredenheid (78% in 2019, 82% in 2020). Het is niet bekend wat de reden is van de toegenomen tevredenheid tussen 2019 en 2020.

Vraag 49
Wat is het verschil in het aantal gedwongen opnamen (voorheen via de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ), in 2020 via de Wvggz en Wzd) tussen 2019 en 2020?

Antwoord:
Onder de Wvggz houdt een zorgmachtiging niet altijd een verplichte opname in; ook ambulante dwangzorg is mogelijk. Onder de Wzd kan onvrijwillige zorg worden opgelegd via het zogeheten «stappenplan», maar een onvrijwillige opname is alleen mogelijk met een rechterlijke machtiging. De volgende cijfers volgen uit de Ketenmonitor Wvggz 2020 die op 30 april jongstleden is gepubliceerd. Deze ketenmonitor is te raadplegen op www.dwangindezorg.nl. Voor de volledigheid zijn in onderstaande tabellen ook de cijfers van 2018 opgenomen, omdat 2019 en 2020 bijzondere jaren waren. In onderstaande tabel staan de afgegeven rechterlijke machtigingen (RM) op grond van de Wet Bopz, de zorgmachtigingen (ZM) op grond van de Wvggz en rechterlijke machtigingen op grond van de Wzd (RM Wzd).

Jaar	RM Bopz	ZM Wvggz	RM Wzd	Totaal
2018	18.130	–	–	18.130
2019	20.884	–	–	20.884
2020	2.203	14.206	3.276	19.685

In onderstaande tabel staan de door de rechter afgegeven machtigingen tot voorzetting van de inbewaringstelling (VIBS) op grond van de Wet Bopz, de machtigingen tot voortzetting van de crisismaatregel (VCM) op grond van de Wvggz en de VIBS op grond van de Wzd.

Jaar	VIBS Bopz	VCM Wvggz	VIBS Wzd	Totaal
2018	8.853	–	–	8.853
2019	9.164	–	–	9.164
2020	363	8.631	1.298	10.292

Opgemerkt zij dat voor één persoon meerdere machtigingen in een jaar gegeven kunnen worden, bijvoorbeeld omdat iemand na een crisismaatregel op grond van een zorgmachtiging opgenomen wordt. Het totale aantal rechterlijke machtigingen en zorgmachtigingen in 2020 is lager dan het aantal rechterlijke machtigingen in 2019. In aanloop naar de inwerkingtreding van de Wvggz en Wzd zijn eind 2019 meer rechterlijke machtigingen op grond van de Bopz afgegeven vanwege het overgangs-

[6] Kamerstuk 29 282, nr. 416

regime. Tegelijkertijd is in 2020 een hoger aantal crisismaatregelen en voortzettingen daarvan afgegeven, hetgeen mogelijk te maken heeft met de overgang van de Wet Bopz naar de Wvggz en Wzd en de situatie omtrent COVID-19. Als niet tijdig een zorgmachtiging kon worden afgegeven was een crisismaatregel, en een voortzetting van de crisismaatregel, in sommige gevallen nodig om noodzakelijke verplichte zorg te kunnen verlenen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ontvangt gegevens van de verleende gedwongen zorg, waaronder opnames, op grond van de Wvggz en Wzd. Naar verwachting zal de inspectie eind 2021 een beeld schetsen van de gedwongen zorg in Nederland.

Vraag 50

Wat is de situatie in andere landen in Europa omtrent psychische problemen, aangezien ruim 1 op de 10 personen van 12 jaar en ouder in Nederland te maken heeft met psychische problemen? Kan een overzicht gegeven worden van de wachttijden voor geestelijke gezondheidszorg in Europa in vergelijking met Nederland? Kan tevens een overzicht van de vergoedingen voor psychische indicaties in Europa in vergelijking met Nederland worden gegeven?

Antwoord:

Internationaal vergelijkbare gegevens op basis van harde klinische diagnoses, over de wachttijden en over vergoedingen voor psychische indicaties zijn niet beschikbaar. Met betrekking tot het eerste deel van uw vraag verwijs ik graag naar de resultaten van het onderzoek dat in 2020 binnen de Europese Unie is uitgevoerd naar de prevalentie van psychlogical distress symptoms, waarin Nederland beter scoort dan het Europese gemiddelde[7]. Uit het onderzoek komt het volgende naar voren:

	Psychological distress symptoms
Portugal	23%
Croatia	19%
France	17%
Greece	15%
Bulgaria	14%
Cyprus	14%
Lithuania	14%
Malta	13%
Czech Rep.	12%
Germany	12%
Spain	12%
Italy	12%
Latvia	12%
EU27	11%
Belgium	11%
Denmark	11%
Sweden	11%
Slovenia	11%
Hungary	10%
Romania	10%
United Kingdom	10%
Luxembourg	9%
Austria	8%
Netherlands	8%
Estonia	7%
Finland	7%
Slovak Rep.	7%
Poland	6%
Switzerland	6%
Norway	6%
Ireland	5%

[7] https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1622444414&id=id&accname=ocid49027884&checksum=71CA6654129AE53603CA1F38C7A63310

Vraag 51
In hoeverre wordt er met deze planning voldaan aan de regels uit de Comptabiliteitswet voor beleidsdoorlichtingen? Hoe kan het dat sommige artikelen niet in de periode 2015 t/m 2020 zijn geëvalueerd? Wanneer worden deze wel geëvalueerd?

Antwoord:
De planning voldoet aan de regels uit de Comptabiliteitswet voor beleidsdoorlichtingen, maar anders dan voorheen. In 2018 heeft VWS al een vernieuwende opzet van de evaluatieagenda geïntroduceerd als onderdeel van de pilot Lerend evalueren. Hierbij is voor de te evalueren thema's in de pilot een planning voor vijf jaar gemaakt. De thema's zijn complexe beleidsvraagstukken op het brede terrein van VWS. De inhoud staat centraal en wordt niet begrensd door de begrotingsindeling van VWS. Anders dan bij de beleidsdoorlichtingen van voor 2018 worden naast de betreffende uitgaven op de VWS-begroting ook – waar dat aan de orde is – de betreffende uitgaven die vallen onder het Uitgavenplafond zorg betrokken in de evaluatieonderzoeken. Hierbij wordt zoveel mogelijk in de geest van de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE) gewerkt, maar er kan gemotiveerd van worden afgeweken. De pilot vervangt de meerjarenplanning beleidsdoorlichtingen uit de begroting.[8] In de VWS begroting 2021 staat de gemaakte ontwikkelslag in de evaluatieprogrammering voor de periode 2021–2023 nader toegelicht.[9] Belangrijke nieuwe elementen hierbij zijn: Versteviging evaluatieagenda en -functie door het samenbrengen van belangrijke evaluaties in de SEA en voor de ondersteuning hiervan wordt het kennisnetwerk evaluaties opgezet. Meer aandacht in de evaluaties van de wetten van het zorgstelsel voor de doeltreffendheid en de effecten in de praktijk. Verbreding van de evaluatieagenda met beleidsevaluaties op het gebied van informatievoorziening, innovatie en zorgvernieuwing. Verbreding van de evaluatieagenda door toevoeging van onder meer interdepartementale beleidsonderzoeken (IBO's) en trajecten zoals Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) en Brede Maatschappelijke Heroverwegingen (BMH). Versterking van de verbinding tussen kennis, beleid en uitvoering door toevoegen van lerende evaluaties van de verschillende concernorganisaties van VWS Opname van de belangrijke monitors van de werking van het zorgstelsel om zo gebruik hiervan bij beleidsontwikkeling in de praktijk (ex durante) te bevorderen.

Vraag 52
Wat is er concreet gekomen uit de ex-durante evaluatie Uitkomstgerichte Zorg en hoe worden zaken doorvertaald?

Antwoord:
De evaluatie van de rol van VWS in ontwikkellijn 1 van het programma Uitkomstgerichte Zorg (ontwikkeling uitkomstindicatorensets) geeft antwoord op de vraag: «Op welke manier kan VWS het realiseren van uitkomstinformatie voor 50% van de ziektelast het beste faciliteren?» In 2020 is de eerste van drie jaarlijkse cycli binnen deze evaluatie afgerond door bureau SiRM. De onderzoekers constateren dat de beleidsbeslissingen van VWS tot nu toe grotendeels in goede aarde vallen bij de veldpartijen met wie het programma Uitkomstgerichte Zorg wordt uitgevoerd. Het veld ziet de inhoudelijke regie van veldpartijen binnen programmalijn 1 met daarbij ondersteuning van het Zorginstituut als een logische zet. Partijen hebben daarnaast aangegeven op een aantal punten graag duidelijker beleid van VWS te willen zien. Concreet betrof dit het bepalen van een realistisch tijdspad voor de doelen, het opstellen van

[8] Kamerstuk 35 300 XVI, Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2020, Nr 2. B.2. Beleidsagenda – Pilot Lerend evalueren.
[9] Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 1, Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2021, Nr, 2.4 Meerjarenplanning beleidsdoorlichtingen

criteria voor de te ontwikkelen indicatorensets, zorgen voor meer verbinding met de andere programmalijnen en het aanbrengen van meer samenhang met andere initiatieven op het terrein van Uitkomstgerichte Zorg. In overleg met deze partijen hebben we die aanbevelingen opgepakt. Mede ook naar aanleiding van de COVID-crisis is met partijen het tijdpad voor het programma onder de loep genomen. Ook is in samenwerking tussen programmalijn 1 en programmalijn 4 (de juiste gegevens op de juiste plek met behulp van ICT) de aandacht gericht op de implementeerbaarheid van de te ontwikkelen uitkomstensets via zogenaamde «proof of concepts». Tot slot is een periodiek overleg met alle coördinatoren van de verschillende programmalijnen ingericht waarin, naast meer aandacht voor onderlinge afstemming tussen de programmalijnen, ook verbinding wordt gezocht met andere initiatieven omtrent Uitkomstgerichte Zorg. Deze laatste stap wordt ook zichtbaar op het Kennisplatform Uitkomstgerichte Zorg dat vanuit de programmalijn «Veranderaanpak» is geïnitieerd.

Vraag 53

In hoeverre voldoet de garantieregeling Waarborgfonds voor de Zorgsector aan alle voorwaarden uit het rijksbrede toetsingskader garanties en leningen?

Antwoord:

De garantieregeling Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) voldoet niet aan alle voorwaarden van het toetsingskader risicoregelingen. Zo worden bijvoorbeeld voor de afgegeven garanties geen risicopremies doorberekend en is dit op basis van de afgesloten contracten ook niet mogelijk. De garantieregeling WFZ bestaat namelijk al vele jaren, terwijl het vigerende toetsingskader van meer recente datum is. Het totaalbedrag aan achterborgstellingen zou ook in het geval van WFZ alleen voor rekening van de overheid komen in het theoretische geval dat alle deelnemende zorginstellingen failliet zouden gaan en het onderpand dat zij hebben niets meer waard zou zijn. De kans dat dit gebeurt is erg klein.

Vraag 54

Welke meetbare doelen en indicatoren zijn er vastgesteld voor het beleidsartikel Volksgezondheid (1)?

Antwoord:

Op verschillende plekken in het Jaarverslag staan indicatoren en doelstellingen benoemd; zowel in het beleidsverslag van het Jaarverslag als bij het beleidsartikel zelf. In het beleidsverslag staan voor dit beleidsartikel meerdere indicatoren (sommige inclusief doelstellingen) met betrekking tot gezondheidsbescherming en preventie benoemd:
Op pagina 26 van het Jaarverslag staan de volgende indicatoren met betrekking tot gezondheidsbescherming benoemd:

- Vaccinatiegraad
- Aantal verloren gezonde levensjaren ten gevolge van voedselinfecties
- Voedselvertrouwen

Op pagina 29 van het Jaarverslag staan de volgende indicatoren met bijbehorende doelstellingen met betrekking tot preventie benoemd:

- Roken (volwassenen)
- Roken (jongeren)
- Roken (zwangere vrouwen)
- Overmatig drinken (volwassenen)
- Overgewicht (volwassenen)
- Overgewicht (jongeren)
- Levensverwachting in goed ervaren gezondheid bij geboorte
- Verschil in levensverwachting in goed ervaren gezondheid tussen hoge en lage SES

Op pagina 49 is de algemene doelstelling benoemd: Een goede volksgezondheid, waarbij mensen zo min mogelijk bloot staan aan bedreigingen van hun gezondheid én zij in gezondheid leven.
Hierbij staan de volgende indicatoren op pagina 49:

– Absolute levensverwachting in jaren (voor mannen en vrouwen)
– Waarvan in goed ervaren gezondheid (voor mannen en vrouwen)

In dezelfde paragraaf worden voor ziektepreventie de volgende indicatoren benoemd (op pagina 54):
– Percentage deelname aan Rijksvaccinatieprogramma
– Percentage deelname aan Nationaal Programma Grieppreventie
– Percentage deelname aan Bevolkingsonderzoek borstkanker
– Percentage deelname aan Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker
– Percentage deelname aan Bevolkingsonderzoek darmkanker
– Percentage deelname aan hielprik
– Percentage deelname aan NIPT

Tot slot zijn er ook indicatoren met betrekking tot volksgezondheid te vinden in de VWS-monitor (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 1). Dit Kamerstuk is op 19 mei 2021 naar de Tweede Kamer verstuurd en bevat verschillende indicatoren, waaronder indicatoren voor volksgezondheid. Enkele van deze indicatoren zijn bijvoorbeeld te vinden onder de publieke waarde «Gezond Blijven».

Vraag 55

Welk van de gefinancierde maatregelen zijn bewezen effectief gebleken, aangezien de actuele stand van het aantal rokers, overmatig drankgebruikers en het aantal mensen met overgewicht ondanks het preventieakkoord en een verdubbeling van het beschikbare budget niet (significant) verminderd is?

Antwoord:

Met het Nationaal Preventieakkoord (NPA) (Kamerstuk 32 793, nr. 339) hebben meer dan 70 partijen flinke ambities afgesproken voor het terugdringen van roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Hiertoe wordt door de partijen een samenhangende mix van ruim 200 maatregelen en acties ingezet om deze ambities te realiseren. Hierbij is wel zoveel mogelijk gekozen voor effectief gebleken interventies en aanpakken. Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat maatregelen gericht op prijs, beschikbaarheid en marketing effectief zijn om gezond gedrag te stimuleren en beveelt de WHO lidstaten ook aan om maatregelen op die onderwerpen te nemen. Daarbij is in 2019 en 2020 ook extra geïnvesteerd in onderzoek naar effectieve interventies ten behoeve van het NPA. De aanpak van roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik vergt een lange adem. De voortgang van de doelstellingen en acties wordt daarbij jaarlijks op onafhankelijke wijze jaarlijks gemonitord door het RIVM. De voortgangsrapportage over 2020 wordt vóór het zomerreces aan uw Kamer gestuurd. Elke vier jaar rekent het RIVM bovendien door wat het effect is van de inzet van het NPA op de trend zoals de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) deze voorziet, in 2023 rekent het RIVM opnieuw deze trend door. Bij aanvang van het NPA heeft het RIVM berekend dat de huidige inzet een stap op weg is, maar niet voldoende om de gestelde ambities te realiseren. Het RIVM heeft op mijn verzoek daarom geïnventariseerd welke aanvullende maatregelen overwogen kunnen worden om deze ambities wel waar te maken [10]. Overigens is het aantal rokers van 18 jaar en ouder tussen 2018 en 2020 gedaald van 23,1% naar 20,2%. Het is aan de partijen, aan een nieuw Kabinet en aan uw Kamer om met de kennis uit dit rapport het NPA te versterken en de ambities dichterbij te brengen.

Vraag 56

Hoeveel euro is er, over de artikelen heen en bij andere departementen, extra besteed aan gezondheidsbevordering in 2020 en hoeveel was dit in 2019?

Antwoord:

[10] Kamerstuk 27 565, nr. 179

Deze vraag kan ik enkel voor mijn eigen departement beantwoorden. Voor de bestedingen van de andere departementen verwijs ik naar hun jaarverslagen. Alle uitgaven van VWS met betrekking tot gezondheidsbevordering zijn gedaan onder artikel 1. In de budgettaire tabel op pagina 52 van het jaarverslag kunnen we deze gerealiseerde uitgaven terugvinden. In 2020 was dit € 136,6 mln. en in 2019 € 127,6 mln. Van 2016 tot 2018 waren de bedragen tussen de € 96,7 mln. en € 105,8 mln.

Vraag 57

Kunt u een nadere precisering geven van wat de besteding is van de subsidies onder Medische ethiek en aangeven waarom de realisatie hoger is uitgevallen dan de vastgestelde begroting?

Antwoord:

De nadere precisering van de besteding van de subsidies onder Medische ethiek is als volgt: Subsidieregeling Kunstmatige inseminatie met donorsemen € 7,171 mln.; Indicatiecommissie Preïmplantatie Genetische Diagnostiek € 0,044 mln.; Kwaliteitssysteem Nederlands Genootschap van Abortusartsen € 0,156 mln.; Kweken van menselijke organen € 0,045 mln.; Maatschappelijke Dialoog Kiembaanmodificatie € 0,395 mln.; Van Betekenis tot het Einde € 0,144 mln. De realisatie is hoger uitgevallen dan de vastgestelde begroting doordat het beroep op de subsidieregeling Kunstmatige inseminatie met donorsemen hoger was dan bij het opstellen van de regeling is ingeschat.

Vraag 58

Kunt u uitleggen waaraan het geld voor Medische ethiek onder opdrachten is besteed en waarom de realisatie lager is uitgevallen dan de vastgestelde begroting?

Antwoord:

Het geld voor Medische ethiek onder opdrachten is aan de volgende activiteiten besteed: Speciaal kweken van embryo's € 0,047 mln.; Maatschappelijke dialoog laatste levensfase € 0,042 mln.; Dragerschap van erfelijke aandoeningen € 0,59 mln.; Onderzoek kosten abortusklinieken € 0,035 mln.; Ondersteuning Subsidieregeling Abortusklinieken € 0,077 mln.; Onderzoek opleiding abortusartsen € 0,028 mln.; Geslachtskeuze embryo's € 0,018 mln.; Onderzoek euthanasie bij psychiatrie € 0,075 mln.; Verkenning niet-WMO onderzoeken € 0,083 mln.; Archief patiëntendossiers voormalige CASA-klinieken € 0,029 mln. De realisatie is lager uitgevallen dan de vastgestelde begroting door vertraging die is opgetreden door de uitbraak van COVID-19 en vertraging in de facturering door opdrachtnemers.

Vraag 59

Welke van de gesubsidieerde maatregelen zijn bewezen effectief, aangezien in het kader van gezonde leefstijl en gezond gewicht in 2020 € 7,5 miljoen meer aan subsidies is verstrekt, in totaal € 31,4 miljoen, terwijl het aantal volwassenen met overgewicht zelfs toegenomen is? Bent u bereid onderzoek te verrichten naar maatregelen die zoden aan de dijk zetten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Ik hecht er net als u veel aan dat de aanpakken en interventies, zo goed als mogelijk, bewezen effectief zijn. De subsidies die zijn verstrekt komen op het thema overgewicht o.a. terecht bij JOGG aanpak, Gezonde School aanpak en diverse aanpakken om zorg en ondersteuning op overgewicht/diabetes bij kinderen en/of volwassenen effectief aan te pakken. Voor al deze aanpakken geldt dat ze met regelmaat worden geëvalueerd op effectiviteit[11]. De voortgang van de doelstellingen en acties wordt daarbij jaarlijks op onafhankelijke wijze jaarlijks gemonitord door het RIVM. De voortgangsrapportage over 2020 ontvangt u voor het zomerreces. Elke vier jaar rekent het RIVM bovendien door wat het effect is van de inzet van het NPA op de trend zoals de Volksgezondheid Toekomst Verkenning

[11] Voorbeeld: www.rivm.nl/nieuws/daling-overgewicht-in-jogg-buurten

(VTV) deze voorziet. In 2023 rekent het RIVM opnieuw deze trend door. Bij aanvang van het NPA heeft het RIVM berekend dat de huidige inzet een stap op weg is, maar niet voldoende om de gestelde ambities te realiseren. Het RIVM heeft op mijn verzoek daarom geïnventariseerd welke aanvullende maatregelen overwogen kunnen worden om deze ambities wel waar te maken[12]. Het is aan de partijen, aan een nieuw Kabinet en aan uw Kamer om met de kennis uit dit rapport het NPA te versterken en de ambities dichterbij te brengen. Het RIVM verwacht op basis van de VTV de komende jaren een groei in percentage mensen met overgewicht richting 60% in 2040. Inzet is gericht om deze opwaartse trend te keren. De Laatste CBS cijfers geven aan dat het aantal mensen met overgewicht nu enkele jaren stabiel is rond de 50%.

Vraag 60

Welke meetbare doelen en indicatoren zijn er vastgesteld voor het beleidsartikel Curatieve zorg (2)?

Antwoord:

Er zijn geen separate indicatoren opgenomen bij beleidsartikel 2 in het VWS-Jaarverslag. Wel is er een algemene doelstelling opgenomen bij dit beleidsartikel; «Een kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar aanbod voor curatieve zorg». Er wordt echter wel gemonitord. Bij de beleidsconclusies van dit beleidsartikel in het VWS-Jaarverslag worden verschillende vormen van monitoring benoemd. Bij «Bevorderen contracteren» wordt via Vektis gerapporteerd over het percentage niet-gecontracteerde zorg in de GGZ en in de wijkverpleging (Kamerstuk 23 235, nr. 213), in de Paramedische zorg heeft een kostenonderzoek plaatsgevonden en is er een rapport opgeleverd over het ICT-landschap in deze sector. Dit was een nulmeting en zal als uitgangspunt dienen om de gegevensuitwisseling te verbeteren in de komende jaren. Verder is in het kader van de aanpak gericht op personen met verward gedrag in 2020 een voortgangsbrief (Kamerstuk 25 424, nr. 548) naar de Tweede Kamer gestuurd, waarin wordt toegelicht wat het programma tot dusver heeft gebracht en welke stappen er genomen worden. Ook is er in 2020 een voortgangsbrief over de hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg naar de Tweede Kamer verstuurd. Ook zijn er indicatoren met betrekking tot de curatieve zorg opgenomen in de VWS-monitor (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 1). Dit Kamerstuk is op 19 mei 2021 naar de Tweede Kamer verstuurd en bevat verschillende indicatoren, waaronder indicatoren voor de curatieve zorg. Enkele van deze indicatoren zijn te vinden onder de publieke waarde «Beter worden» in de VWS-monitor, hieronder noemen we een paar voorbeelden: Toegankelijkheid: Afzien van zorg vanwege de kosten Kwaliteit 5-jaarsoverleving kanker Zorginfecties in ziekenhuizen Betaalbaarheid: Gebruik generieke geneesmiddelen Uitgaven dure intramurale geneesmiddelen

Vraag 61

Waaruit blijkt dat in tegenstelling tot gecontracteerde zorg, ongecontracteerde zorg de kwaliteit van de zorg niet verbetert, de betaalbaarheid vermindert en de toegankelijkheid onvoldoende waarborgt? Kunnen de onderliggende rapporten en een paar praktijkvoorbeelden worden gegeven? Wat zeggen patiënten hier zelf over? Is dit überhaupt onderzocht en zo nee, waarom niet?

Antwoord:

Contractering is belangrijk omdat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in hun contracten afspraken maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Zonder contract kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover geen afspraken maken en kunnen zij ook geen experimenten doen waarvoor contracteervereisten gelden. Onderzoek heeft uitgewezen dat in de sectoren wijkverpleging en (delen van de) ggz het aandeel

[12] Kamerstuk 27 565, nr. 179

niet-gecontracteerde zorg in de jaren 2015–2018 toenam. De kosten (per cliënt bij een vergelijkbare zorgvraag) van niet-gecontracteerde zorg bleken in deze sectoren veel hoger dan bij gecontracteerde zorg. De verschillen in de gezondheidstoestand van de cliëntenpopulaties zijn geen verklaring voor deze hogere kosten. De rapportages van deze onderzoeken zijn eerder naar de TK gestuurd; op 13 oktober 2020 heeft u de laatste cijfers ontvangen[13]. In de hoofdlijnenakkoorden hebben de partijen voor deze sectoren daarom afspraken gemaakt over het verbeteren van het contracteerproces en het laten dalen van het aandeel niet-gecontracteerde zorg. Dit bevordert dat cliënten voldoende keuzemogelijkheden hebben en erop kunnen rekenen dat capaciteit van zorgverleners wordt ingezet waar dat nodig is en de premies niet onnodig stijgen. Daarnaast is de schaarste aan personeel een belangrijke reden om gecontracteerde zorg te bevorderen. De werkdruk wordt door veel zorgpersoneel als hoog ervaren en de krapte op de arbeidsmarkt is een van de grootste vraagstukken van dit moment. Het is belangrijk de capaciteit van zorgverleners zo eerlijk en zo effectief mogelijk in te zetten. Door te sturen op betere samenwerking tussen gecontracteerde zorgaanbieders kan de zorg doelmatiger worden ingezet wat het personeelstekort kan drukken. Er is maar beperkt onderzoek gedaan naar de ervaringen van patiënten zelf. Uit onderzoek in de wijkverpleging[14] bleek dat patiënten niet op de hoogte zijn of hun zorgverlening wel of niet gecontracteerd is. Zij gaven tevens aan dat voor hen vooral belangrijk is dat er geen bijbetaling gevraagd wordt en dat zij geen declaratie hoeven af te handelen.

Vraag 62

Wat is de stand van zaken van het wetsvoorstel Bevorderen zorgcontractering? Wanneer wordt dit aan de Kamer gestuurd?

Antwoord:

De wetswijziging zou de overheid de mogelijkheid geven om voor bepaalde (deel) sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vast te leggen en deze dus niet langer over te laten aan verzekeraars en de daarover ontstane jurisprudentie. In mijn brief van 13 oktober 2020[15] hebben wij u laten weten dat de nieuwe cijfers over het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging en alle inspanningen die worden ingezet, met inbegrip van een nieuw bekostigingsmodel, de noodzaak om dit wetsvoorstel in te dienen verkleinen. De cijfers voor de ggz over 2019 komen pas in 2021. Andere ontwikkelingen in de wijkverpleging en ggz, zoals de aanstaande wijzigingen in de bekostiging, maken het aangaan van een contract naar verwachting ook aantrekkelijker. Wij kiezen ervoor eerst te bezien of de andere maatregelen voldoende bijdragen aan het verminderen van niet-gecontracteerde zorg. Mocht blijken dat ondanks deze maatregelen het percentage niet-gecontracteerde zorg onvoldoende daalt, dan kan alsnog tot indiening van het wetsvoorstel worden overgegaan.

Vraag 63

Kan de overschrijding op de Regeling medisch noodzakelijk zorg onverzekerden uitgebreider worden toegelicht?

Antwoord:

De oorspronkelijke berekening voor het gebruik (en het budgettaire beslag) van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden was gebaseerd op geschatte aantallen van personen met verward gedrag in de regio Den Haag, en maakten aanbieders alleen aanspraak wanneer zij acute zorg verleenden aan verzekeringsgerechtigde onverzekerden. Sinds maart 2017 voert het CAK deze regeling uit. In 2018 zijn er aanpassingen op de regeling gedaan waardoor ook niet acute zorg

[13] Kamerstuk 25 424, nr. 555 en Kamerstuk 23 235, nr. 213
[14] Kamerstuk 29 689, nr. 885
[15] Kamerstuk 25 424, nr. 555 en Kamerstuk 23 235, nr. 213

geleverd aan niet-verzekeringsgerechtigde onverzekerde onder de regeling valt. Deze aanpassing en een bredere bekendheid van de regeling lijken ertoe te leiden dat gebruik van de regeling toeneemt. Daarnaast bleek tot vorig jaar ook het aantal onverzekerde personen dat in Nederland verblijft toe te nemen. Eerst begin 2020 is volgens het CBS de stijging van het aantal daklozen tot stilstand gekomen. Zie https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/13/stijging-van-het-aantal-daklozen-tot-stilstand-gekomen.

Vraag 64

Waarom is er niet meer gebruikgemaakt van de subsidie om over te stappen van naar loondienst door vrijgevestigde medisch specialisten?

Antwoord:

In 2020 is 1 keer gebruik gemaakt van de subsidieregeling. Uit evaluatie-onderzoek van adviesbureau SiRM (Bijlage bij Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 134) komt naar voren dat de subsidieregeling slechts in beperkte mate de financiële belemmering lijkt te verlagen voor medisch specialisten om over te stappen naar loondienst. Fiscale voordelen, vermeend verlies van autonomie en het praktische punt of loondienst überhaupt mogelijk is bij een vakgroep, zijn onder andere factoren die meespelen bij de keuze van medisch specialisten om te werken in loondienst of als vrijgevestigde.

Vraag 65

Waarom is er geen verklaring voor de fors toegenomen uitgaven aan zorg voor illegalen en onverzekerbare vreemdelingen? Wanneer wordt dit onderzocht en wanneer komen de uitkomsten van dit onderzoek?

Antwoord:

De regeling voor de financiering van zorg aan onverzekerbare vreemdelingen en illegalen is opgenomen in artikel 122a Zvw. Voor deze regeling wordt -gelet op de doelgroep- slechts een beperkt aantal gegevens van de gebruikers geregistreerd, zoals geboortejaar en nationaliteit. Hierdoor is het niet goed mogelijk een beeld te krijgen van het aantal unieke patiënten. Ten opzichte van 2017 is het totale aantal declaraties gestegen van bijna 38.000 in 2017 naar bijna 40.000 in 2020 (dus een stijging met circa 2.000). Het zorggebruik wordt uiteraard geregistreerd maar het CAK heeft geen verder inzicht, en kan dat op grond van de beschikbare gegevens ook niet krijgen. Volgens het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie en Veiligheid ligt het waarschijnlijke aantal onrechtmatig verblijvende personen tussen de 23.000 en 58.000 (2018).

Vraag 66

Hoeveel extra plekken «tussen thuis en het verpleeghuis» zijn in 2020 gecreëerd aangezien het aantal initiatieven en projecten in het kader van Langer Thuis in 2020 zijn verdubbeld?

Antwoord:

Dit is niet bekend. De monitor geclusterd wonen is ten aanzien van vorig jaar aanzienlijk verrijkt. Begin 2021 zijn gegevens verzameld over geclusterde wooneenheden in 81% van de gemeenten. In deze gemeenten waren er 120.106 wooneenheden in 2.524 locaties. In 2020 betrof het 91.467 wooneenheden in 1.903 locaties in 66% van de gemeenten. Voor de volgende meting wordt geprobeerd ook de verandering in een jaar te meten. Doordat in veel gemeenten de gegevens ook zijn verrijkt en verbeterd was dit nog niet mogelijk.

Vraag 67

Hoeveel extra seniorenwoningen zijn er in 2020 gecreëerd, aangezien het aantal initiatieven en projecten in het kader van Langer Thuis in 2020 zijn verdubbeld?

Antwoord:

In de tweede voortgangsrapportage Langer thuis wonen (Kamerstuk 31 765, nr. 523) is beschreven wat er in 2020 is gebeurd op het terrein van ouderhuisvesting. Daarbij wordt onder meer ingegaan op de wijzigingen op het algemene woningmarktbeleid, de activiteiten van de Taskforce

Wonen en Zorg, het ondersteuningsteam wonen en zorg en verdere ondersteuning van lokale partijen, inzet van wooncoaches, de stimuleringsregeling wonen en zorg, de monitoring, aanpassing van regelgeving, nieuw aanbod van geclusterde woonvormen voor ouderen en de prijsvraag Who Cares. Rond de zomer ontvangt u de volgende voortgangsrapportage Langer thuis met een update van de acties op het terrein van ouderenhuisvesting.

Vraag 68

Wat is er in 2020 concreet gebeurd op het gebied van ouderenhuisvesting?

Antwoord:

Dit is niet bekend. De monitor geclusterd wonen is ten aanzien van vorig jaar aanzienlijk verrijkt. Begin 2021 zijn gegevens verzameld over geclusterde wooneenheden in 81% van de gemeenten. In deze gemeenten waren er 120.106 wooneenheden in 2.524 locaties. In 2020 betrof het 91.467 wooneenheden in 1.903 locaties in 66% van de gemeenten. Voor de volgende meting wordt geprobeerd ook de verandering in een jaar te meten. Doordat in veel gemeenten de gegevens ook zijn verrijkt en verbeterd was dit eerder nog niet mogelijk.

Vraag 69

In hoeverre is de Wet zorg en dwang op thuiswonende ouderen toegepast, aangezien het jaar 2020 voor deze wet een overgangsjaar was?

Antwoord:

De Wzd heeft het mogelijk gemaakt om, onder strikte voorwaarden, onvrijwillige zorg in de thuissituatie toe te passen. Onder de Bopz was dit niet toegestaan. We zien dat de Wet zorg en dwang in de thuissituatie nog slechts sporadisch wordt uitgevoerd, omdat zorgaanbieders nog moeten wennen aan de nieuwe instrumenten van de Wzd. Hierbij speelt ook mee dat de coronacrisis een forse impact had en heeft op de thuiszorg. VWS ondersteunt de implementatie van de Wzd in de thuissituatie door, in samenwerking met o.a. ActiZ en ZorgThuisNL, praktijktuinen op te zetten voor de ambulante setting.

Vraag 70

Wat is de reden dat de uitgaven voor de subsidie Inclusieve samenleving 15,4 miljoen hoger zijn uitgevallen?

Antwoord:

Dit is het gevolg van uitgaven aan de noodregelingen Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) COVID-19. De SET COVID 19-regelingen vallen onder het subsidie-instrument Inclusieve samenleving. Met de SET-regeling wordt de slimme inzet van digitale zorg en ondersteuning voor ouderen en mensen met een (risico op) chronische ziekte of beperking die thuis wonen gestimuleerd. Met behulp van e-health wordt hen zo de mogelijkheid geboden om langer zelfstandig thuis te blijven wonen. Vanwege de coronacrisis zijn er, middels de SET COVID-regelingen, extra middelen beschikbaar gesteld voor digitale zorg en ondersteuning.

Vraag 71

Waarom is er € 1,7 miljoen minder dan verwacht uitgegeven aan persoonlijke beschermingsmiddelen van mantelzorgers?

Antwoord:

Bij het opstellen van de «Richtlijn Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM) voor mantelzorgers, PGB-gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in palliatieve zorg» is er een raming gemaakt van de kosten. Deze raming is gebaseerd op een aantal aannames, waaronder de besmettingsgraad en het aantal mensen dat in aanmerking zou komen voor de pakketten met beschermingsmiddelen. In de praktijk zijn er minder pakketten verstrekt dan werd verwacht op basis van deze aannames. De onderuitputting komt enerzijds doordat in de praktijk de besmettingsgraad lager lag dan waar van tevoren rekening mee was gehouden. Anderzijds zal ook niet iedere cliënt of individuele zorgverlener de middelen nodig

hebben gevonden ofwel men was onvoldoende op de hoogte van deze regeling.

Vraag 72

Wat is de verklaring voor de stijging van de uitgaven onder de Rijksbijdrage Wet langdurige zorg (Wlz) met € 0,9 miljard?

Antwoord:

De rijksbijdrage Wlz is er om te voorkomen dat er in het Fonds langdurige zorg een tekort ontstaat. Op basis van de uitgavenramingen uit de VWS-begroting en de raming van de Wlz-premies van het Ministerie van Financiën was er een hogere rijksbijdrage Wlz nodig om een fondstekort te vermijden. Ten opzichte van de raming in de begroting 2020 is de raming van de uitgaven opwaarts bijgesteld (€ 0,9 miljard). In de zomer van 2020 bleken de uitgaven in 2018 € 0,2 miljard hoger, in 2019 € 0,2 miljard en in 2020 € 0,5 miljard. Voor 2018 en 2019 betrof dit realisatiecijfers. Voor 2020 waren de grootste bijstellingen een tegenvaller van € 480 miljoen en meerkosten corona van € 190 miljoen. Tezamen vormt dit de tegenvaller van € 0,9 miljard aan de uitgavenkant. Daarnaast zijn ook de ontvangsten van de Wlz premie-inkomsten neerwaarts bijgesteld (over 2018 tot en met 2020 samen circa € 1,8 miljard, waarvan het grootste deel in 2020 in verband met de lagere economische groei vanwege corona). De bijstelling van de rijksbijdrage is de resultante van zowel de bijstelling van de Wlz-uitgaven als de bijstelling van de inkomsten. Vanwege de tegenvaller bij uitgaven en inkomsten is een hogere rijksbijdrage nodig, in totaal van € 2,85 miljard.

Vraag 73

Heeft de mutatie tussen begroting en realisatie betreffende de Rijksbijdrage Wlz effect gehad op het Fonds langdurige zorg?

Antwoord:

Ja, de rijksbijdrage Wlz is er om te voorkomen dat er in het Fonds langdurige zorg een tekort ontstaat. De rijksbijdrage is dus juist bedoeld om het Fonds langdurige zorg te beïnvloeden; daarom heeft er ook in 2020 een bijstelling van € 2,85 miljard plaatsgevonden (zie tabel 19 p. 230 van het Jaarverslag). In de begroting 2020 werd mede op basis van de daarin opgenomen raming van de rijksbijdrage Wlz van € 3,05 miljard een vermogen van het Fonds langdurige zorg per ultimo 2020 voorzien van rond de nul. In de zomer van 2020 werd voorzien dat de Wlz-uitgaven 2018 tot en met 2020 opgeteld € 0,9 miljard hoger zouden uitkomen en de Wlz-premie-inkomsten 2018 tot en met 2020 € 1,8 miljard lager. Er werd daarom voorzien dat het vermogen van het Fonds langdurige zorg rond de € 2,8 miljard lager zou uitkomen. Om dat te voorkomen is in de zomer van 2020 besloten de rijksbijdrage met € 2,85 miljard te verhogen. Daarmee werd bereikt dat de raming van het vermogen van het Fonds langdurige zorg in de zomer van 2020 weer uitkwam rond de nul. De rijksbijdrage wordt jaarlijks bij de begroting aangepast. Bij de opstelling van het jaarverslag is gebleken dat de netto Wlz-uitgaven nog hoger zijn uitgekomen (met € 0,35 miljard, vooral door meerkosten corona) en de premie-inkomsten nog lager zijn uitgekomen (€ 0,85 miljard). Hierdoor komt het vermogen van het Fonds langdurige zorg naar huidig inzicht uit op – € 1,2 miljard.

Vraag 74

Wat is de reden dat de technisch noodzakelijke aanpassingen aan het Persoonsgebonden budget (PGB) 2.0 systeem, die € 12,0 miljoen extra hebben gekost, niet zijn voorzien in de vastgestelde begroting?

Antwoord:

In 2019 heeft Zorgverzekeraars Nederland het PGB2.0-systeem overgedragen aan VWS. Na de ontvangst van het PGB2.0 systeem, bleek dat er additionele technische aanpassingen noodzakelijk waren om een stabiele werking van het PGB2.0- systeem te garanderen bij grote aantallen gebruikers. Daarnaast moet het PGB2.0-systeem voldoen aan de zwaardere eisen van de overheid. Een voorbeeld hiervan is het binnen de

kaders van wet- en regelgeving autoriseren van medewerkers van gemeenten, zorgkantoren en de SVB. In 2019 en 2020 zijn alle technisch noodzakelijke aanpassingen in beeld gebracht en inmiddels zijn deze gerealiseerd. De daarvoor noodzakelijke additionele kosten van € 12,0 miljoen zijn geclaimd bij Voorjaarsnota 2020 (Kamerstuk 35 450).

Vraag 75

Waarom was het noodzakelijk om de technisch noodzakelijke aanpassingen aan het PGB 2.0 systeem te intensiveren?

Antwoord:

Na de ontvangst van het PGB2.0-systeem naar VWS werd zichtbaar dat het geschikt maken van PGB2.0 voor de publieke omgeving technisch noodzakelijke aanpassingen vereiste. Deze aanpassingen waren noodzakelijk om een stabiele werking van PGB2.0 te garanderen bij grotere aantallen budgethouders, zorgverleners en verstrekkers. De additionele technische aanpassingen komen onder andere voort uit de overgang van het Zorgdomein binnen PGB2.0 van een private naar een publieke omgeving met zwaardere eisen. Een voorbeeld hiervan is het binnen de kaders van wet- en regelgeving kunnen autoriseren van medewerkers van gemeenten, zorgkantoren en de SVB. De technische aanpassingen zijn inmiddels gerealiseerd.

Vraag 76

Komt er een evaluatie over de resultaten naar aanleiding van de extra subsidieronde om jongeren te ondersteunen gedurende de coronatijd m.b.t. de maatschappelijke diensttijd?

Antwoord:

In de recente tussentijdse evaluatie van de maatschappelijke diensttijd (MDT) *De experimenteerfase voorbij; MDT voor de toekomst* (hoofdstuk 3, bijlage bij Kamerstuk 35 034, nr. 21, maart 2021) is reeds aandacht besteed aan de resultaten van de extra projecten van MDT die gericht zijn op het ondersteunen van groepen in de samenleving die dit het meeste nodig hebben tijdens de coronacrisis, waaronder ook jongeren zelf.
Doordat er in recente jaren voortvarend is gewerkt aan de opbouw van een landelijk dekkend MDT netwerk, is het mogelijk gebleken om dit netwerk snel in te zetten bij het ondervangen van de door de COVID 19 maatregelen veroorzaakte problematiek bij jongeren. Het doorlopende onderzoek dat de programmadirectie MDT laat uitvoeren maakt het mogelijk om al tijdens de uitvoering van de programma's inzicht te geven in de stand van zaken.
De #ookditisMDT-initiatieven (extra subsidieronde voorjaar 2020) zijn als zeer positief ervaren: 90% van de 19 projecten is (zeer) tevreden over het verloop van hun initiatief. Deze tevredenheid komt voornamelijk voort uit de hoeveelheid geworven jongeren (circa 2.800) en de positieve ervaringen met het snel schakelen om coronaproof te werken. Hierdoor konden de jongeren in deze projecten op korte termijn worden ingezet bij activiteiten die direct bijdragen aan de ondersteuning bij de crisis, o.a. het on-line helpen van leerlingen in het onderwijs en online gesprekken/ activiteiten met ouderen en jongeren om bijvoorbeeld eenzaamheid te bestrijden.
Naast de extra ronde in het voorjaar 2020 heeft MDT op verzoek van het Veiligheidsberaad een belangrijke bijdrage geleverd aan het project Jeugd aan Zet (JAZ). Dit, specifiek met en voor gemeenten opgezette project, heeft tot doel om jongeren, die door corona te maken hebben met gevoelens van eenzaamheid en verveling, een alternatief te bieden. Door de inzet van het MDT netwerk was het mogelijk om hierin snel gerichte stappen te zetten. In de 1e ronde van JAZ hebben 47 gemeenten meegedaan (inschatting ruim 3.300 jongeren) en in de 2e ronde doen 309 gemeenten mee (inschatting ruim 20.000 jongeren). Voor Jeugd aan Zet is in totaal € 3,6 miljoen ingezet (€ 10.000 per gemeente).
De evaluatie van JAZ wordt meegenomen in het volgende tussentijdse evaluatierapport van MDT en komt later dit jaar beschikbaar.

In het voorjaar van 2021 heeft MDT in het kader van Perspectief voor de Jeugd (plan Depla) nog een extra coronaproject opgezet, specifiek voor gemeenten. In dit project werken gemeenten samen met al bestaande MDT-organisaties met als doel om de negatieve maatschappelijke effecten van de coronacrisis voor zowel de jongeren als de gemeenten te bestrijden.
Net als de coronaronde in het voorjaar van 2020 is dit een MDT-light project; in plaats van 80 uur is de tijdsduur bepaald op 32 uur.
In totaal doen 112 gemeenten mee aan dit project (ingezet budget totaal € 4,3 miljoen). Inschatting van het aantal deelnemende jongeren is 8.800. De uitvoering van dit project loopt door tot na de zomer. De evaluatie volgt later dit jaar. Onderaan zijn 2 voorbeelden opgenomen van coronaprojecten binnen dit traject.
Naast de extra MDT-activiteiten voor jongeren in de coronatijd hebben (ook) de reguliere MDT-projecten een grote mate van flexibiliteit en wendbaarheid laten zien bij het aanpassen aan de coronasituatie. Om door te kunnen gaan met hun activiteiten bogen projecten hun aanpak om binnen de richtlijnen van het RIVM. Zo konden er aanvullend op de oorspronkelijke projectplannen nieuwe #OokditisMDT initiatieven opgezet worden. Voor alle projecten bleven de drie doelstellingen van MDT onveranderd: iets betekenen voor een ander, bijdragen aan talentontwikkeling en ontmoetingen binnen en buiten de MDT-trajecten tussen jongeren onderling en met mensen buiten hun gebruikelijke leefwereld. Al kon de laatste doelstelling in de meeste gevallen niet fysiek plaatsvinden.
Het aanpassen van het reguliere MDT-programma op de coronamaatregelen en het opzetten van initiatieven in coronatijd brachten naast uitdagingen ook voordelen en lessen met zich mee. Zo ontwikkelden projectleiders op het vlak van talentontwikkeling een online trainingsaanbod dat duurzaam ingezet kan blijven worden, bleken digitale ontmoetingen drempelverlagend voor verschillende jongeren en bespaarden deze een hoop reistijd in vergelijking met fysieke bijeenkomsten, en verbreedden vele MDT-organisaties de mogelijkheden voor jongeren om binnen hun project iets te doen voor een ander.
Voorbeelden van MDT coronaprojecten in het kader van Perspectief voor de Jeugd (voorjaar 2021)

gemeente Arnhem: Het tweedelige verlanglijstje

Jongeren zetten zich in dit project in voor hun dak- en thuisloze leeftijdsgenoten, voor wie overleven op straat nog moeilijker is geworden sinds de coronacrisis. De jongeren gaan als consultants aan de slag om dak- en thuisloze jongeren te helpen bij het invullen van hun verlanglijstje: zowel materiële zaken als electronica, kleding en cosmetica, als immateriële zaken: cursussen als fotografie, deep democracy, filosofie, koken, of het leren van een nieuwe taal. De jongeren gaan vervolgens, samen met de MDT-organisatie, helpen met het vervullen van de verlanglijstjes. Ze gaan op zoek naar de mogelijkheden, samen met dak- en thuisloze jongeren, en leren meer over wat het betekent om dakloos te zijn.

gemeente Culemborg: «Identitijd»

In de gemeente Culemborg brengt het project Identitijd verschillende generaties bij elkaar door jongeren te laten werken als kennisdetectives. Ze gaan aan de hand van opdrachten en veldonderzoek met een oudere in gesprek over «identitijd»: wat vormt je en hoe denken verschillende generaties hierover? De jongeren maken vervolgens een reportage of vlog over de vondsten van hun speurwerk. Ze gaan hiervoor aan de slag als presentator, vlogger, cameraman/vrouw, redactiemedewerker en/of editor. De vaardigheden hiervoor leren ze van professionals. Het project wordt afgesloten met een feestelijke vertoning van de producties in de Culemborgse Gelderlandfabriek. De producties zijn daarna ook te zien via Omroep Gelderland, lokale omroepen en andere mediakanalen.

Vraag 77

Kunt u een toelichting geven op de uitgaven van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de BES-eilanden?

Antwoord:

Er is ca. 212 miljoen euro uitgegeven aan zorg, welzijn en jeugdzorg in het Caribisch deel van Nederland. Met deze middelen willen we de zorg in het Caribisch deel van Nederland waarborgen. Er is in het kader van de coronacrisis in 2020 bijna 70 miljoen euro meer uitgegeven voor de tijdelijke inzet van IC-personeel, levering van persoonlijke beschermingsmiddelen en het ondersteunen van de organisaties op het terrein van publieke gezondheid. Zie ook pagina 86 in het jaarverslag.

Vraag 78

Hoeveel pleeggezinnen zijn er in 2020 bijgekomen?

Antwoord:

Jaarlijks stelt Jeugdzorg Nederland een factsheet pleegzorg op. Deze factsheet geeft ook zicht op de instroom en uitstroom van pleegouders. Jeugdzorg Nederland zal de factsheet over de cijfers van 2020 in juni publiceren. Ik zal uw Kamer hierover informeren.

Vraag 79

Hoeveel gezinshuizen zijn er in 2020 bijgekomen?

Antwoord:

NJi publiceert samen met Gezinsinspiratieplein eind juni een factsheet met het aantal gezinshuizen over 2020. Zodra de factsheet beschikbaar is zal ik uw Kamer hierover informeren.

Vraag 80

Hoe staat het met de ontwikkeling van de kwaliteitsmonitor met leer- en kennisfunctie hieromtrent?

Antwoord:

Per brief heb ik uw Kamer op 28 mei geïnformeerd over de stand van zaken rond de bovenregionale expertisecentra jeugdhulp (hierna: expertisecentra).[16] Met de kennis- en leerfunctie van expertisecentra willen we voorkomen dat zorgvragen van jongeren onnodig complex worden, doordat tijdig passende hulp wordt geboden. Hiervoor is het belangrijk dat professionals in staat gesteld worden om van én met elkaar te leren: knelpunten signaleren, adresseren en verbeteren. Hierbij leren we van de vragen van en met professionals, kinderen en hun ouders die zijn vastgelopen in het zorgsysteem, zoals: hoe komt het dat hulpvragen vastlopen? Wat zijn oplossingsrichtingen? En hoe kunnen wij die landelijk, regionaal of lokaal organiseren? De expertisecentra werken hiervoor samen met regionale kenniswerkplaatsen jeugd en de landelijke kenniscentra. Ter ondersteuning van het leren wordt, aan de hand van een reeds ontwikkelde indicatorenset, een kwaliteitsmonitor gerealiseerd. De implementatie van deze monitor vindt dit jaar plaats. In deze monitor zal alle casuïstiek waar de expertisecentra bij betrokken zijn met dezelfde indicatoren en informatie worden bijgehouden. Op basis van deze informatie kan in de regio geanalyseerd en geëvalueerd worden waar(door) casuïstiek vastloopt en op welke thema's ingezet moet worden via het netwerk van het expertisecentrum.

Vraag 81

Welke middelen worden er door andere ministeries ingezet voor sport?

Antwoord:

Er is geen integraal overzicht beschikbaar welke middelen er door andere ministeries ingezet worden voor sport. Wel kunnen enkele voorbeelden van uitgaven door andere ministeries gegeven worden zoals de Buurtsportcoachregeling (via BZK/Gemeentefonds) en activiteiten rondom de energietransitie en de rol van de sport (vanuit BZK via het Kenniscentrum Sport en Bewegen).

Vraag 82

---

[16] Kamerstuk 31 839, nr. 778

Welke concrete uitgaven van de € 68 miljoen hebben tot concrete resultaten geleid?

Antwoord:

Zoals in de toelichting bij de instrumenten in het Jaarverslag is aangegeven, zijn de uitgaven gedaan ten behoeve van programma's en activiteiten op de deelthema's van het Sportakkoord. Een groot deel is ingezet ten behoeve van het Topsportprogramma. NOC*NSF en de sportbonden hebben de ambitie om bij de beste tien topsportlanden ter wereld te horen. De rijksoverheid ondersteunt deze ambitie van de sport. Het landelijke topsportbeleid is gefocust op (potentieel) succesvolle takken van sport en topsporters om bij te dragen aan de doelstelling: meer medailles, met meer impact, in meer sporten. Om deze doelstelling waar te kunnen maken, voeren NOC*NSF en de sportbonden topsport- en talentenprogramma's uit. Daarnaast is een deel van de uitgaven ingezet voor Topsportevenementen. Jaarlijks zijn middelen beschikbaar voor (sport)organisaties voor het organiseren van aansprekende topsportevenementen in Nederland. Daarbij biedt het beleidskader sportevenementen naast de focus op strategische evenementen met een grote maatschappelijke meerwaarde ook ruimte voor kleinere evenementen zoals een Olympisch Kwalificatie Toernooi (OKT). Helaas heeft door de Coronacrisis een aantal evenementen niet kunnen plaatsvinden of zijn deze doorgeschoven naar 2021. Voor andere thema's uit het Sportakkoord geldt dat de meeste van deze programma's en activiteiten in de periode 2019–2020 in gang zijn gezet en doorlopen door tot en met 2022. Voor de zomer vindt een Commissiedebat Sport plaats. Uw Kamer wordt via een brief over de laatste stand van zaken en tussentijdse resultaten geïnformeerd.

Vraag 83

Welke regelingen zijn er in werk gesteld om de onderbesteding van de subsidies duurzame en toegankelijke sportaccommodaties alsnog mogelijk te maken in 2021 en zelfs 2022?

Antwoord:

De Subsidieregeling Bouw en Onderhoud Sportaccommodaties staat jaarlijks van de eerste werkdag van het jaar tot en met 31 december open. De regeling kent daarbij een «dakpaneffect» waarbij aanvragen uit eerdere jaren met uitgaven in latere jaren ook voor rekening van dat latere jaar komen. Daardoor zal deze regeling in de komende jaren steeds minder onderbesteding laten zien. Daarbij komt dat een kleine jaarlijkse onderbesteding de sector investeringsrust geeft, wetend dat er altijd ruimte is om een aanvraag in te dienen. Hierdoor heeft in tegenstelling tot het eerste jaar (2019) er in 2020 en 2021 geen piek aan aanvragen in een korte periode plaatsgevonden.

Vraag 84

Welk deel wordt niet uitgegeven van de € 17,1 miljoen onderbesteding, aangezien deze maar deels wordt uitgegeven?

Antwoord:

Van het oorspronkelijk in 2020 geraamde budgettaire kader van € 86,9 miljoen voor de subsidieregeling bouw en onderhoud sportaccommodaties, is uiteindelijk een bedrag van € 17,1 miljoen niet tot besteding gekomen. Het gehele bedrag van € 17,1 miljoen is daarom volledig aan te merken als onderbesteding in 2020. De reden hiervan is dat er eind 2020 aanvragen ontvangen zijn, die niet meer in 2020 afgewikkeld konden worden. De afwikkeling van deze aanvragen is begin 2021 gebeurd. Deze komen echter ten laste van het beschikbare budgettaire kader van begrotingsjaar 2021. De middelen worden daarmee alsnog uitgegeven.

Vraag 85

Wat is de reden dat een bedrag van € 1,2 miljoen niet tot besteding is gekomen? Waar/bij wie is dat geld blijven liggen?

Antwoord:

Het niet tot besteding komen van € 1,2 miljoen kent verschillende oorzaken. De belangrijkste is dat opdrachten niet zoals verwacht in 2020

afgerond werden, maar pas in 2021. Hierdoor schuiven de betalingsverplichtingen ook door naar 2021. Daarnaast is een aantal opdrachten niet doorgegaan of vallen deze goedkoper uit dan eerder geraamd.

Vraag 86

Hoe verhoudt de onderbesteding bij de subsidies van duurzame en toegankelijke sportaccommodaties met regelingen als de Regeling specifieke uitkering stimulering sport (SPUK) en de termijnen die daaraan gekoppeld zijn?

Antwoord:

De BOSA en de SPUK kunnen niet gezien worden als complementaire regelingen al kennen ze beide hun oorsprong vanuit de verruiming van de BTW-sportvrijstelling. In overleg met de sportsector is de BOSA ingericht als een stimuleringsregeling voor bouw en onderhoud van sportaccommodaties waarbij de SPUK in overleg met de gemeenten een BTW compensatie regeling is. Bij de SPUK wordt daarom op basis van de verantwoording van de gemeenten met de gemeenten afgerekend. Dit gebeurt anderhalf jaar na afloop van het jaar waarop de regeling betrekking heeft.

Vraag 87

In hoeverre wordt bij besluiten over de ouderenkorting rekening gehouden met de gevolgen voor de verzilveringsproblematiek in de inkomensheffing en de daardoor toenemende kosten voor de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten? In hoeverre is aan te geven wat de gevolgen van het verhogen van de ouderenkorting met € 10 of € 100 zijn voor de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten?

Antwoord:

Bij besluiten over de ouderenkorting wordt rekening gehouden met de gevolgen voor de verzilveringsproblematiek in de inkomensheffing. Zo wordt het effect van een aanpassing van de ouderenkorting in combinatie met de mogelijke toepassing van Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ) meegenomen in de koopkrachtberekeningen. Er wordt echter niet expliciet aandacht besteed aan de gevolgen daarvan op het beroep op de TSZ als het gaat om de toenemende kosten van de TSZ. In plaats daarvan beweegt de TSZ mee met het feitelijke beroep dat op de regeling gedaan wordt, zodat de tegemoetkoming voor mensen die de fiscale aftrek niet kunnen verzilveren in stand blijft. De actuele ontwikkelingen in de cijfers wordt door VWS in een periodiek overleg met de Belastingdienst door het jaar heen gevolgd. Waar nodig vindt dan bijstelling plaats. Het verhogen van de ouderenkorting met respectievelijk € 10 en € 100 leidt op dit moment bij benadering tot een toename van het bedrag aan TSZ van respectievelijk € 0,6 en € 6 miljoen. Daarbij moet wel gezegd worden dat het feitelijk tot aftrek leidende deel van de aftrek specifieke zorgkosten in dat geval met hetzelfde bedrag afneemt.

Vraag 88

Waarom waren extra uitgaven voor het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) gewenst en wat is de voorspelling voor uitgaven aan de EMA voor de komende jaren?

Antwoord:

Vanwege het karakter van de EMA-bijdragen heeft bij eerste suppletoire begroting een (technische) budgetoverheveling plaatsgevonden vanuit artikel 10 (€ 5,4 miljoen) naar artikel 9 en worden de daarmee samenhangende uitgaven ook op artikel 9 verantwoord (€ € 5,1 miljoen), zie ook pagina 110 van het Jaarverslag 2020. Er zijn derhalve geen extra uitgaven voor het Europese Geneesmiddelenbureau (EMA) geweest in 2020. De uitgaven in 2020 voor de EMA zijn juist lager dan begroot vanwege lagere investeringsuitgaven voor de nieuwbouw van de EMA. De raming van de uitgaven aan de EMA voor de komende jaren bedraagt een aflopende reeks. Voor 2021 t/m 2025 bedragen de geraamde kosten aan de EMA: 2021: € 4,3 miljoen 2022: € 3,8 miljoen 2023: € 3,6 miljoen 2024: € 3,3 miljoen 2025: € 2,1 miljoen

Vraag 89
Zijn er ook aanvragen gekomen vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voor extra bijdragen vanuit Nederlands omdat voor 2020 exact het bedrag is uitgegeven zoals begroot?
Antwoord:
Ja vanuit de WHO is verzocht om extra bijdragen voor de COVID-19 respons. VWS heeft een partnerschap programma met de WHO waarvoor de bijdrage voor 2019 – 2023 al was vastgesteld. Deze is niet verhoogd. Wel is 750.000 euro dat voor detachering gepland was, en door COVID-19 niet door kon gaan, op verzoek van de WHO ingezet om de *Emergency prepardness en International Health Regulations* (IHR) implementatie bij de WHO te versterken. Vanuit Buitenlandse Zaken is in 2020 vanuit humanitaire middelen 7,5 miljoen euro aan het COVID-19 Strategic Prepardness and Response Plan (SPRP) en 5 miljoen extra aan het Contingency Fund for Emergencies van de WHO bijgedragen.
Vraag 90
Wat is de «Eigenaarsbijdrage RIVM» precies?
Antwoord:
Een bijdrage aan het RIVM voor onderzoek en andere werkzaamheden ten behoeve van het ontwikkelen van kennis en expertise die nodig zijn om de continuïteit van het Instituut te waarborgen. De eigenaar van het RIVM (pSG VWS) financiert dit in het strategisch programma RIVM (SPR) middels de jaarlijkse eigenaarsbijdrage.
Vraag 91
Wat zijn de extra kosten voor het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (corona en niet corona), het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de EMA in 2020 geweest ten opzichte van de oorspronkelijke begroting?
Antwoord:
Hieronder vindt u een opgave van de extra kosten (corona en niet-corona) in 2020 ten opzichte van de oorspronkelijke begroting. **Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu** *Wettelijke taken en beleidsondersteuning zorgbreed* De uitgaven voor de uitvoering van opdrachten op het terrein van Wettelijke taken en beleidsondersteuning zorgbreed was in 2020 € 15,8 mln. hoger dan oorspronkelijk geraamd, waarvan € 4,1 mln. corona en € 11,7 mln. niet-corona. Voor de verdere specificatie hiervan verwijs ik u naar bladzijde 53 van het jaarverslag. *Opdrachtverlening aan kenniscentra* De uitgaven voor de uitvoering van opdrachten door de kenniscentra was in 2020 € 113,5 mln. hoger dan oorspronkelijk geraamd, waarvan € 75,8 mln. corona en € 37,7 mln. niet-corona. Voor de verdere specificatie hiervan verwijs ik u naar bladzijde 55/56 van het jaarverslag. *Bevolkingsonderzoeken* De uitgaven voor vaccinaties waren in 2020 € 2,0 mln. (niet-corona) hoger dan oorspronkelijk geraamd. Dit wordt veroorzaakt door de uitbreiding van de neonatale hielprikscreening (NHS). *Vaccinaties* De uitgaven voor vaccinaties waren in 2020 € 8,0 mln. (niet-corona) lager dan oorspronkelijk geraamd. Voor de verdere specificatie hiervan verwijs ik u naar bladzijde 56 van het jaarverslag. **College ter Beoordeling van Geneesmiddelen** De uitgaven voor het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen waren in 2020 € 0,8 mln. (niet-corona) hoger dan oorspronkelijk geraamd. Dit wordt veroorzaakt door extra uitgaven voor het meldpunt tekorten, vaccinnetwerk en goed geneesmiddelen gebruik. **EMA** Voor de EMA waren geen uitgaven geraamd in 2020. De realisatie was € 5,1 mln. (niet-corona). Verder verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 88.
Vraag 92
Wat is de koppeling tussen de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI) en het Nederlandse Pandemic & Disaster Preparedness Center (PDPC) en de uitgaven hiervoor?
Antwoord:

Beide instellingen zetten zich in voor o.a. pandemie preventie. CEPI doet dit vooral vanuit de ontwikkeling van vaccins. PDPC richt zich vooral op wetenschappelijke en technische innovatie. Nederland steunt CEPI financieel, de Kamer is hier eerder al over geïnformeerd. Er is verder geen sprake van een financiële koppeling tussen CEPI en het PDPC.

Vraag 93

Waarom was er in 2020 minder geld begroot voor het Apparaat Kerndepartement dan in 2019?

Antwoord:

Voor de apparaatsuitgaven van het kerndepartement is in 2020 niet minder, maar meer budget dan in 2019 begroot. De begroting en realisatie van de apparaatsuitgaven van het kerndepartement is als volgt:

	2019	2020	Verschil
Begroot	198 mln.	218 mln.	+ 19 mln.
Realisatie	275 mln.	321 mln.	+ 46 mln.

Vraag 94

Waarvoor waren de extra uitgaven voor de ICT binnen het Apparaat Kerndepartement?

Antwoord:

De ICT-uitgaven binnen het kerndepartement vallen € 3,6 miljoen hoger uit dan begroot en komen uit op € 6,1 miljoen. De hogere ICT-uitgaven houden met name verband met de uitgaven ter vervanging van het ICT-systeem voor de Tuchtcolleges (€ 2,1 miljoen) en de budgetbijstelling in verband met de Wet open overheid (€ 0,9 miljoen).

Vraag 95

Hoeveel extra medewerkers heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangetrokken voor de crisisaanpak?

Antwoord:

In het eerste tertaal van 2020 is de coronacrisis in de eerste plaats opgevangen door extra inzet van het eigen personeel. Ook vanuit andere departementen is tijdelijk «om niet» bijgesprongen. De instroom van extra medewerkers ten behoeve van de COVID-19 crisis die daarna plaatsvond betrof met name de functiefamilies Beleid, Kennis en Onderzoek en Project- & Programmamanagement. De piek van deze instroom lag na de zomer o.a. als gevolg de oprichting van de tijdelijke programmadirectie COVID-19. In totaal betreft het een concernbrede uitbreiding van 429 fte. Daarnaast heeft als indirect gevolg van de crisis de uitvoering van de bonusregeling voor medewerkers in de zorg geleid tot een tijdelijke uitbreiding bij de Dienst Uitvoering Subsidies aan instellingen (DUS-I).

Vraag 96

Kunt u hier ook een kwantitatieve en financiële uiteenzetting geven, aangezien de uiteenzetting van de bereikte resultaten vooral tekstueel en kwalitatief is?

Antwoord:

De toename in de eigen personeelskosten bij het Kerndepartement heeft voor € 5,9 miljoen betrekking op de aan de begroting toegevoegde middelen in verband met de corona-pandemie. De hogere uitgaven aan de inhuur van extern personeel bij het Kerndepartement houden voor € 7,9 miljoen samen met corona-gerelateerde inhuur.

Vraag 97

Voor welke vaccins heeft Nederland een «lager tarief» ontvangen en hoeveel lager was dit tarief uiteindelijk dankzij de Nederlandse bijdrage aan het «Emergency Support Initiative»?

Antwoord:

De EU koopt de vaccins in op basis van zogenaamde Advanced Purchase Agreements (APA's). Het betreft hier een contractvorm die erop is gericht

dat landen producten kopen die nog niet op de markt zijn en waarvan op het moment van het sluiten van het contract, ook nog niet vaststaat of het product marktoelating verkrijgt. De EU doet hiertoe een voorinvestering, die wordt betaald vanuit het ESI-budget. Daarmee heeft de producent de financiële ruimte om te werken aan het vaccin. In ruil krijgt de EU korting op de vaccins wanneer deze tot de Europese markt wordt toegelaten en landen tot afname verplicht zijn. Deze korting geldt voor alle vaccins gekocht onder een APA. Inmiddels hebben de vaccins van AstraZeneca, BionTech/Pfizer, Moderna en Janssen markttoelating gekregen en krijgt ook Nederland de korting voor deze vaccins. De prijzen van de vaccins vallen onder de geheimhoudingsplicht. De korting betreft een paar Euro per vaccin

Vraag 98

Wanneer kunnen we de conclusies verwachten ten aanzien van de doelstelling: het sneller en efficiënter opsporen van besmette mensen, aangezien de werking van CoronaMelder-app blijvend zal worden geëvalueerd?

Antwoord:

Het evaluatieteam van CoronaMelder heeft na negen maanden een overzicht van elf onderzoeken naar de app opgesteld. In mijn laatste stand van zaken covid-19 kamerbrief van 28 mei jl. (Kamerstuk 25 295, nr. 1241) heb ik u nader geïnformeerd over de resultaten en conclusies uit deze onderzoeken, ook in relatie tot de doelstellingen van CoronaMelder. Het rapport is bijgevoegd en ook te vinden op www.coronamelder.nl. Een voor iedereen toegankelijke publieksversie zal daar ook worden gepubliceerd.

Vraag 99

Wie is eigenaar van de huidige voorraden persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen?

Antwoord:

De voorraden van de persoonlijke beschermingsmiddelen die door VWS zijn ingekocht zijn eigendom van VWS. Daarnaast is VWS op 24 maart 2020 een garantstellingsovereenkomst met Mediq aangegaan voor de inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen voor de zorg. Voortvloeiend uit deze garantstellingsovereenkomst heeft Mediq persoonlijke beschermingsmiddelen ingekocht die in juridische zin eigendom zijn van Mediq en in economische zin eigendom zijn van VWS. Gezien de financiële omvang van de inkopen zijn de inkopen met bevoorschotting vanuit VWS gerealiseerd. Op dit moment zijn we in overleg om te bezien op welke wijze en wanneer de overdracht van de voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen door Mediq aan VWS en de afrekening van de bevoorschotting wordt gerealiseerd.

Vraag 100

Kunt u in een tabel een overzicht geven van het aantal bestelde en geleverde producten per leverancier uitgesplitst (zo nodig geanonimiseerd), waarbij ook uitgesplitst is om welk product het daarbij gaat (mondkapjes, medische apparatuur, testen etc.). Kunt u daarbij ook per (geanonimiseerde) leverancier aangeven om welke bedragen het gaat? Kan daarnaast per (geanonimiseerde) leverancier aangegeven worden voor welk bedrag er geen ordentelijke factuur is?

Antwoord:

In bijgaand overzicht is opgenomen welke producten in het kader van de coronacrisis aan persoonlijke beschermingsmiddelen en hulpmiddelen zijn besteld en geleverd. Van al deze inkopen is een ordentelijke factuur aanwezig.

Leverancier	MONDMASKERS	Opdracht-waarde
A	besteld 19.290.723 FFP2/KN95 mondmaskers 10.520.471 geleverd	€ 38.404.759
B	besteld 18.000.000 mondmaskers FFP2 8.220.390 geleverd	€ 56.755.000
C	besteld 800.000 FFP2 en 2.000.000 FFP3 mondmaskers. Geleverd 399.000 FFP3 mondmaskers in 2020	€ 6.920.000
	Bestelling is gelijk aan levering	
D	1.025.560 FFP2 mondmaskers, 127.020 vuurwerkbrillen, 35.000 chirurgische maskers, vervoerskosten, opslag/ handling en organisatiekosten	€ 5.114.983
E	1.500.000 mondmaskers FFP2	€ 4.119.370
F	500 FFP2 mondmaskers	€ 4.235
G	163.500 FFP 1 mondmaskers	€ 260.513
H	954 mondmaskers FFP2	€ 6.926
I	900 FFP2 mondmaskers	€ 4.889
J	490 FFP2 mondmaskers met ventiel	€ 1.708
K	400 FFP2 en 4698 FFP3 mondmaskers	€ 46.967
L	M Mondkapjes 6000 stuks FFP2	€ 28.677
M	2.300 FFP 1 mondkapjes	€ 16.214
N	4 miljoen chirurgische mondmaskers IIR	€ 2.199.093
O	7.920 mondkapjes FFP2	€ 38.333
P	20.000 mondkapjes FFP2	€ 59.600
Q	400.000 mondkapjes FFP2	€ 1.784.000
R	32.160 mondkapjes FFP2	€ 129.338
S	76.500 chirurgische mondkapjes	€ 19.439
T	5.400 FFP2 mondkapjes	€ 32.400
U	3.220 IIR chirurgische mondmaskers	€ 4.586
V	1,4 mln chirurgische mondmaskers	€ 643.080
W	13.840 FFP3 mondmaskers, 700 FFP2 maskers 20.000 filters voor maskers, 12.250 brillen, 3.500 gezichtsmaskers, 200.000 ml desinfectantia in flacons	€ 843.032
	DESINFECTANTIA	
X	levering 5742 eh handgel	€ 580.595
Y	100.000 liter handalcohol	€ 402.429
Z	verpakken 100.000 liter handgel	€ 1.761.384
AA	Handalcohol	€ 145.192
AB	Leveringen Desinfactant tbv ROAZ	€ 806.765
	BEADEMINGSSYSTEMEN	
AC	450 beademingssystemen	€ 4.444.136
AD	106 beademingssystemen en upgrade	€ 5.231.137
AE	500 beademingssystemen	€ 10.837.262
AF	600 beademingssystemen	€ 1.976.518
AG	1.209 beademingsystemen	€ 11.202.967
AH	450 beademingssystemen	€ 6.277.500
AI	50 beademingsapparaten	€ 1.174.037
AJ	69 beademingssystemen	€ 2.715.155
AK	20 beademingssystemen	€ 247.634
AL	1.000 stuks ziekenhuisapparatuur	€ 27.794.782
AM	225 beademingssystemen, IC monitoringsystemen,patiënt-bewakingssystemen en revisie systemen	€ 5.443.366
AN	100 beademingssystemen	€ 2.017.088
AO	500 beademingssystemen	€ 4.960.597
AP	120 beademingssystemen	€ 2.392.431
AQ	80 beademingssystemen	€ 1.200.765
AR	332 beademingssystemen	€ 2.333.809
AS	2.410 stuks IC apparatuur	€ 1.286.150
AT	93 beademingstoestellen	€ 5.583.583
AU	80 beademingsapparaten	€ 1.292.280
AV	450 aansluitslangen voor beademingstoestellen	€ 89.287
AW	10 prototypen beademingsapparatuur	€ 131.000
AX	Revisie IC apparatuur tbv covid	€ 1.650.914
AY	500 beademingssystemen	€ 7.813.581
AZ	IC monitoringsapparatuur	€ 1.512.258
	HANDSCHOENEN EN ISOLATIEJASSEN	
BA	4.950.000cmedische handschoenen	€ 209.633
BB	46.400 stuks isolatiejassen	€ 37.074
BC	82.000 isolatiejassen	€ 471.500

Leverancier	MONDMASKERS	Opdracht-waarde
	TESTMATERIALEN TM 1 SEPTEMBER 2020	
BD	Leveringen test materialen bvo labs	€ 298.733
BE	Labbenodigdheden voor bvo labs	€ 64.807
BF	Aansluiting ivm testen	€ 11.410
BG	Materialen voor BVO labs	€ 108.197
BH	Inrichten pandemielaboratorium	€ 181.847
BI	Logistiek testkits naar ziekenhuizen	€ 194.776
BJ	Laboratoriumkits	€ 2.885.850
BK	Test equipment en verbruiksmateriaal	€ 8.294.230
BL	Neusswabslevering aan BVO labs	€ 86.260
BM	Testmaterialen BVO labs	€ 465.443
BN	Testmaterialen	€ 509.829
BO	Levering lysisbuffer	€ 160.295
BP	Testmaterialen	€ 542.080
BQ	Kosten opzetten testen	€ 129.307
BR	12.000 tekstkits	€ 4.871.750
BS	5 PCR kabinets voor bvo labs	€ 14.389
BT	lektesters, matrijs en process cartridges	€ 40.459
BU	test materialen	€ 1.252.300
BV	150.000 testsoftware voor bvo labs	€ 89.298
BW	Softwaremodules tbv testapparatuur	€ 30.493
BX	PCR apparatuur	€ 260.143
BY	apparatuur PCR test sample system	€ 484.000
BZ	Testmateriaal	€ 187
CA	testmaterialen software	€ 4.356
CB	Vervaardigen matrijs	€ 130.518
CC	testen	€ 3.167
	BEREIDSTELLINGSKOSTEN COVID-GENEESMIDDELEN	
CD	Uitbetaalde garantie ivm bereidstelling geneesmiddelen	€ 1.288.380
CE	Uitbetaalde garantie ivm bereidstelling geneesmiddelen	€ 194.306

Vraag 101
Kunt u het bedrag en het percentage aangeven van de fouten en onzekerheden per soort product dat is ingekocht in het kader van de noodmaatregelen die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft getroffen voor de aanpak van COVID-19?
Antwoord:
Nee, er is geen integrale accountantscontrole geweest op alle posten, waardoor geen exacte bedragen of percentages zijn te geven. Op dit moment onderzoekt VWS de aansluiting tussen de geld / goederenbeweging. De aansluiting bestaat uit de 3 way match: vaststellen van het aantal en de prijs conform contract (aangeleverd door VWS), aantal geleverde goederen bij het LCH en de factuur qua aantallen (via gegevens LCH en de factuur via VWS).
Vraag 102
Waarom heeft u niet direct actie ondernomen aangezien u er in september op gewezen bent dat het financieel beheer op de coronacrisis-uitgaven ernstig tekort is geschoten en € 5,1 miljard aan uitgaven mogelijk onrechtmatig was? Heeft u de Kamer geïnformeerd?
Kunt u de Kamer een overzicht sturen van de € 5,1 miljard euro aan uitgaven die niet rechtmatig is uitgegeven? Welk deel hiervan werd zowel niet rechtmatig als niet doelmatig uitgegeven?
Antwoord:
VWS heeft al vroeg in de coronacrisis oog gehad voor de rechtmatigheidsrisico's. Hierover is uw Kamer geïnformeerd op meerdere momenten, waaronder de corona-debatten, de voortgangsbrieven van 24 juni 2020 (Kamerstuk 25 295, nr. 428) en 21 september 2020 (Kamerstuk 25 295, nr. 543), de Incidentele Suppletoire Begrotingen en de vragen die naar aanleiding daarvan zijn gesteld. Om die rechtmatigheidsrisico's aan te pakken heeft VWS continu de balans moeten zoeken tussen het acuut

bestrijden van de crisis en bezien wanneer het mogelijk was om de verrichte handelingen conform de geldende wet- en regelgeving te doen. Tevens is gekeken of tussentijds ook aandacht kon worden besteed aan het comptabel-technisch op orde brengen van de dossiers (informatievoorziening en voor de accountantscontrole). Daarbij liep VWS er tegenaan dat dezelfde mensen die nodig waren in de beheersing en kennis en ervaring hadden met de noodmaatregelen, daarnaast ook de informatievoorziening en controledossiers op orde moesten brengen. Daarbij werd ook duidelijk dat de financiële- en de beleidskolommen overbelast waren. Met andere woorden: VWS deed al het maximale dat gedaan kon worden gegeven de bemensing. Opschaling met externen was vanwege de specifieke kennis en ervaring niet mogelijk zonder de al overbelaste medewerkers nog meer te belasten. Het feit dat de ADR en de AR onrechtmatigheden en onzekerheden hebben geconstateerd over de noodmaatregelen in 2020, wil niet zeggen dat VWS niet bezig is om de geconstateerde fouten en onzekerheden, waar mogelijk, te reduceren. Immers, het tijdpad van de controleplanning is in 2020 afgeweken van het tijdpad waarlangs de verantwoording van noodmaatregelen plaats kon vinden. Zo werkt VWS momenteel aan het door een externe accountant laten valideren van de voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen bij het LCH en de rechtmatigheid van de gedeclareerde PCR-test door laboratoria. Met deze acties kan ook beter de vraag van de doelmatigheid worden beantwoord. Overigens is de veronderstelling dat € 5,1 miljard aan uitgaven niet rechtmatig is besteed niet juist. Zoals de door de bedrijfsvoeringparagraaf van het jaarverslag van VWS vermeldt, en in het rapport van de Algemene Rekenkamer, is er aan de uitgavenkant sprake van € 1,5 miljard fouten in de rechtmatigheid (waarvan € 0,95 miljard door het niet tijdig informeren van het parlement) en is een bedrag van € 0,6 miljard onzeker. In de bedrijfsvoeringparagraaf zijn de fouten en onzekerheden verder toegelicht.

Vraag 103

Hoe kijkt u terug op het particuliere bezit van persoonlijke beschermingsmiddelen voorafgaand aan de coronacrisis? Wat zijn de lessen voor de toekomst?

Antwoord:

Het is duidelijk dat de (mondiale) productie- en leveringsketens zoals die waren ingericht vóór het uitbreken van de corona niet opgewassen waren tegen een crisis van deze omvang. Zo waren er grote afhankelijkheden van leveranciers ver weg, veelal in Azië, en was de productie van bepaalde producten, zoals handschoenen, in handen van slechts enkele fabrikanten. Daarnaast was het aanhouden van voorraden in de zorg voor de crisis gericht op het «just in time» principe (kleine omvang). Dat maakte de Nederlandse zorg kwetsbaar. Hier zijn lessen uit getrokken. De Minister voor MZS heeft u daarover geïnformeerd, ten eerste in haar brief over de ijzeren voorraad aan PBM en medische hulpmiddelen ten behoeve van toekomstige crisis en daarnaast in haar verslag over de Ronde Tafels Leveringszekerheid.[17]

Vraag 104

Heeft u, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, persoonlijk contact gehad met de heer van Lienden inzake de mondkapjesdeal?

Antwoord:

De heer Van Lienden heeft mij, zoals reeds toegelicht in het antwoord van de Minister voor MZS op Kamervragen d.d. 1 juni 2021. (Aanhangsel Handelingen II 2020/21, nr. 3044) in die periode verschillende berichten gestuurd om zijn activiteiten onder de aandacht te brengen. Deze berichten zijn doorgestuurd naar de verantwoordelijke Minister voor Medische Zorg de heer Van Rijn.

Vraag 105

[17] Zie Kamerstukken 32 805 en 25 295, nr. 114, en Kamerstuk 29 477, nr. 703.

Was u, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op de hoogte van de mondkapjesdeal met de heer van Lienden?

Antwoord:

Dat sprake was van een overeenkomst tussen LCH en Van Lienden was publiekelijk bekend. Met de inhoud van de overeenkomst was ik niet bekend; bij de besluitvorming ben ik niet betrokken geweest.

Vraag 106

Is er (persoonlijk) contact geweest tussen u, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de heer van Lienden? Hebben jullie elkaar bijvoorbeeld op het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ontmoet? Was er over de deal contact tussen de heer van Lienden en u in persoon, via de telefoon, tekstberichten of e-mail? Kunt u ons een overzicht sturen van alle deals die zijn gesloten met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen?

Antwoord:

De heer Van Lienden heeft mij in die periode verschillende berichten gestuurd om zijn activiteiten onder de aandacht te brengen. Deze berichten zijn doorgestuurd naar de verantwoordelijke Minister voor Medische Zorg de heer Van Rijn. De Minister voor MZS heeft recent aangegeven nader onderzoek te laten doen naar deze casus en naar de inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen tijdens de coronacrisis[18]. Daaruit zal moeten blijken hoe deze en andere deals tot stand zijn gekomen, welke keuzes er daarbij zijn gemaakt en waarom. Voor het gevraagde overzicht verwijs ik u naar vraag 100.

Vraag 107

Was u op de hoogte dat de mondkapjesdeal niet conform de marktprijs was? Zo ja, wanneer? Was dat voor het sluiten van de deal? Wanneer werd bekend dat deze mondkapjes onbruikbaar waren? Gaf de heer Van Lienden voordat de deal gesloten werd aan dat de mondkapjes bruikbaar waren?

Antwoord:

Het LCH gaf aan dat de prijs die door Relief Goods Alliance gevraagd was op dat moment binnen de bandbreedte viel van wat als een redelijke en realistische prijs werd gezien, gelet op de toenmalige marktomstandigheden. De mondkapjes die werden aangeboden hadden een geldige CE-markering. Daarmee zijn ze formeel toegelaten tot de Europese markt en dus inzetbaar voor de zorg.

Vraag 108

Hoe vaak is in 2020 een «escalatieprocedure» gestart om bewust een onrechtmatigheid aan te gaan? Hoe vaak is het bewust aangaan van een onrechtmatigheid door u goedgekeurd in 2020?

Antwoord:

In het kader van de «escalatieprocedure» van VWS ten aanzien van het inkoopbeheer in 2020 houdt VWS bij hoeveel afwijkingsverzoeken zijn gehonoreerd. In 2020 bedroeg het aantal keren dat akkoord is verleend om bij een inkoopopdracht bewust af te wijken van de aanbestedingswetgeving elf keer. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat de procedure onlangs is verzwaard door niet de Secretaris-Generaal, maar de Minister van VWS te laten beslissen over afwijkingsverzoeken. Overigens is voor veel corona-inkopen een beroep gedaan op de in de aanbestedingswet genoemde uitzonderingsgrond «dwingende spoed», waarmee niet afgeweken wordt van de aanbestedingswet. Beroep doen op deze uitzonderingsgrond is rechtmatig en behoeft daarom geen akkoord van de leiding. De ADR constateerde eind 2020 echter dat de motivering voor het beroep doen op deze uitzonderingsgrond te algemeen was vastgelegd en daarmee voor elk individueel inkoopdossier en beoordeelde dientengevolge veel inkopen als onrechtmatig. Hier is dus sprake van een onrechtmatigheid die *achteraf* is geconstateerd en er was dus geenszins sprake

[18] Kamerstuk 25 295, nr. 1279

van bewust afwijken aan de voorkant van het inkoopproces van de aanbestedingsregels. De uitzonderingsprocedure is nu aangepast zodat de schriftelijke motivering voor een beroep op dwingende spoed nu per inkooptraject wordt opgesteld en vastgelegd.

Vraag 109

Wanneer is het onderzoek van de «externe accountant» om de voorraden te valideren afgerond en kan de Kamer dit onderzoek na afronding zo spoedig mogelijk ontvangen?

Antwoord:

Het onderzoek van de «externe accountant» om de voorraden te valideren is naar verwachting in juni gereed. Uw Kamer zal dit onderzoek zo spoedig mogelijk ontvangen.

Vraag 110

Kan er een overzicht gemaakt worden van wie de ontvangers zijn van de verschillende verleende subsidieregelingen in 2020? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

U kunt een overzicht van de ontvangers raadplegen via de *dataset financiële instrumenten* op rijksfinancien.nl. Het betreft het overzicht voor alle ministeries en meerdere instrumenten. Als u in het bestand filtert op begrotingshoofdstuk XVI en het instrument subsidies, vindt u de ontvangers van alle subsidieregelingen van VWS. Rechtstreekse link: Overzicht Datasets | Ministerie van Financiën – Rijksoverheid (rijksfinancien.nl)

Vraag 111

Hoeveel gevallen van zorgfraude zijn in 2020 ontdekt? Welke bedragen zijn daarmee gemoeid? Wat wordt er gedaan om deze vormen van fraude duurzaam te voorkomen?

Antwoord:

Onze belangrijkste bron van cijfers over de omvang van zorgfraude is Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN brengt jaarlijks door zorgverzekeraars aangetoonde fraude in kaart. De cijfers en bedragen over 2020 zijn nog niet bekend, en zullen later dit jaar door ZN gepubliceerd worden.

Afgelopen jaren zijn diverse trajecten gestart om zorgfraude op een duurzame wijze te voorkomen. De Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) heeft een sturende rol in de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Betrokken partners zijn gefocust op preventie, controle, toezicht en handhaving en opsporing. De afgelopen jaren is deze ketenbrede samenwerking geïntensiveerd met medische professionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, toezichthouders, opsporingsdiensten, inspecties en het Openbaar Ministerie. Tevens is het toezicht in het sociaal domein verbeterd, onder andere door kennisopbouw op het gebied van fraudepreventie, controle en handhaving bij de uitvoering van de Jeugdwet en Wmo 2015. Ten slotte maakt het Wetsvoorstel Bevorderen Samenwerking en Rechtmatige Zorg (Wbsrz) het in de toekomst mogelijk om andere gemeenten en zorgverzekeraars voor fraudeurs te waarschuwen, en signalen van fraude in de zorg samen te brengen. Hiermee wordt zorgfraude eerder herkend en effectiever aangepakt. De Wbsrz is onlangs door uw Kamer controversieel verklaard.

Vraag 112

Kunt u een lijst geven van gemeenten die niet aangesloten zijn bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ)?

Antwoord:

Inmiddels hebben 213 gemeenten zich aangesloten bij het huidige samenwerkingsverband Informatieknooppunt zorgfraude (IKZ). Het aantal aangesloten gemeenten blijft toenemen. Aansluiting van gemeenten op het huidige samenwerkingsverband is altijd op basis van vrijwilligheid en vindt plaats middels een verwerkersovereenkomst. Door de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en het IKZ worden gemeenten zoveel mogelijk voorgelicht, gestimuleerd en gefaciliteerd om zich aan te sluiten.

Maar het is aan iedere gemeente zelf om te besluiten zich al dan niet aan te sluiten bij het IKZ. Er is nu geen lijst beschikbaar van gemeenten die niet zijn aangesloten op het IKZ en de VNG is niet voornemens die te publiceren. In het Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) wordt het IKZ een door de Minister aangewezen stichting met een eigen wettelijke taak en eigen wettelijke bevoegdheden. Alle gemeenten zijn na inwerkingtreding van de Wbsrz verplicht om signalen van fraude in de zorg uit te wisselen met het IKZ. Het wetsvoorstel is op dit moment controversieel verklaard.

Vraag 113

Wat heeft het programma «Rechtmatige Zorg 2018–2021 – de aanpak van fouten en fraude in de zorg», dat dit jaar afloopt, opgeleverd? Hoe wordt de aanpak van fraude in de zorg in de toekomst voortgezet?

Antwoord:

Zoals nader toegelicht in de derde, en tevens laatste, voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg (Kamerstuk 28 828, nr. 126) zijn er diverse en noodzakelijke stappen gezet in de aanpak van fraude en fouten in de zorg in het programma «Rechtmatige Zorg 2018–2021». Zo zijn grootschalige (strafrechtelijke) onderzoeken in de sectoren farmacie en wijkverpleging succesvol afgerond. Tevens zijn de acties uit de sectoraanpak grotendeels voltooid en ruim 50% van de gemeenten is inmiddels aangesloten bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). Voor de structurele borging van de aanpak is de afgelopen jaren wet- en regelgeving ontwikkeld. Het Wetsvoorstel bevorderen samenwerking rechtmatige zorg (Wbsrz) is onlangs door uw Kamer controversieel verklaard. De Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en de Aanpassingswet (A)Wtza treden per 1 januari 2022 in werking.

Het stellen van eventuele nieuwe prioriteiten in het beleid is met de afronding van het programma aan een nieuw kabinet.

Vraag 114

Wat zijn de kosten van de getroffen voorzieningen om medewerkers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport thuis te kunnen laten werken?

Antwoord:

Om medewerkers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport thuis te kunnen laten werken zijn in 2020 diverse uitgaven gerealiseerd. Gedacht kan worden aan uitgaven voor ICT-middelen, bureaustoelen, licenties voor diverse applicaties en uitgaven om videoconferencing mogelijk te maken. De totale kosten in 2020 bedragen circa € 1,8 miljoen.

Vraag 115

Van welke aard waren de «arbeidsmarktoverwegingen» op basis waarvan de Wet normering topinkomens (WNT)-norm 2020 is overschreden? Is door betrokkenen aangegeven dat men een beter aanbod elders had ontvangen? Is dit aanbod geverifieerd? Is er geen functionaris die de betrokkenen kon vervangen voor een lager tarief zodat wel aan de WNT-norm wordt voldaan? Zo nee, waarom zorgt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport er niet voor dat betrokkenen indien nodig (ziekte, ander werk, et cetera) vervangen kunnen worden?

Antwoord:

De overschrijding van de WNT-norm bij twee medewerkers is mede veroorzaakt door een eenmalige uitbetaling het Individueel Keuzebudget (IKB). In beide gevallen heeft de aanstelling en inschaling in het verleden plaatsgevonden conform de op dat moment geldende regelgeving, na een selectieprocedure gebaseerd op kennis en ervaring.
In het licht van de ministeriële verantwoordelijkheid en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer worden geen persoonsgegevens van medewerkers van het ministerie verstrekt. In ons parlementaire stelsel is het immers de Minister die verantwoording aflegt aan de Staten-Generaal.

Vraag 116
Hoe kan de onderbesteding van € 52,4 miljoen binnen de eerstelijnszorg verklaard worden?
Antwoord:
Vergeleken met de 2e suppletoire begroting 2020 is er in het Jaarverslag een onderbesteding van € 52,4 miljoen binnen de eerstelijnszorg. VWS baseert zich daarbij op ramingen vanuit de zorgverzekeraars. De ramingen worden door de zorgverzekeraar regelmatig bijgesteld op basis van hun declaratiecijfers en modellen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat hun ramingen vanwege de coronacrisis met meer onzekerheden zijn omgeven dan normaal. Zo is er aan de ene kant zorguitval geweest, aan de andere kant hebben zorgverzekeraars afspraken gemaakt met zorgaanbieders over continuïteitsbijdragen om te voorkomen dat zorgaanbieders in financiële problemen zouden komen. Deze onzekerheden leiden tot schommelingen in de begroting. Zoals te lezen is op pagina 203 van het Jaarverslag, was in de Ontwerpbegroting 2020 voor de eerstelijnszorg een totaalbedrag van bijna € 6,3 miljard euro geraamd. Wanneer we de stand in de Ontwerpbegroting met het Jaarverslag vergelijken, komen we op een overbesteding van € 48,4 miljoen. De afwijking voor de hele eerstelijnszorg bedraagt daarmee slechts 0,8%.
Vraag 117
Hoe kan de onderschrijding van € 1.058,4 miljoen van het Uitgavenplafond Zorg 2020 verklaard worden?
Antwoord:
Het Uitgavenplafond Zorg is bij de Startnota van het kabinet-Rutte III voor de periode 2018–2021 vastgesteld. Het Uitgavenplafond Zorg wordt conform de begrotingsregels bijgesteld voor loon- en prijsontwikkelingen en overboekingen tussen de Uitgavenplafonds Zorg, Rijksbegroting en Sociale Zekerheid en Arbeidsmarkt (SZA). Daarnaast is het Uitgavenplafond in 2020 bijgesteld in verband met noodmaatregelen corona. Het kabinet acht het niet wenselijk om voor deze noodmaatregelen andere uitgaven te verminderen. Daarom zijn voor deze maatregelen zowel de netto zorguitgaven als het Uitgavenplafond Zorg bijgesteld.

De onderschrijding van het Uitgavenplafond geeft aan hoeveel lager de uitgaven in enig jaar zijn uitgekomen dan waar bij de start van het betreffende kabinet op werd gerekend. Uit de onderstaande tabel blijkt dat de onderschrijding van het Uitgavenplafond Zorg sinds de Startnota € 1,1 miljard bedraagt.

Deze onderschrijding is als volgt te verklaren:
– In de ontwerpbegroting 2019 is een onderschrijding gemeld van € 0,5 miljard.
– In de ontwerpbegroting 2020 is de onderschrijding toegenomen met € 0,8 miljard en opgelopen tot € 1,3 miljard.
– In het jaarverslag 2020 is de onderschrijding afgenomen met € 0,2 miljard, waardoor de stand van de onderschrijding is uitgekomen op € 1,1 miljard.

Kortom de onderschrijding is reeds in de ontwerpbegroting 2019 en 2020 ontstaan, dus vóór de coronacrisis uitbrak. We zien juist een afname van de onderschrijding met € 0,2 miljard in de cijfers van het jaarverslag 2020. De afname van de onderschrijding met € 0,2 miljard wordt voornamelijk veroorzaakt door de opwaartse bijstelling van de netto Wlz-uitgaven naar aanleiding van het maartadvies 2020 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Bij de Zvw zijn de bijstellingen van de netto zorguitgaven beperkt gebleven, enerzijds door extra uitgaven als gevolg van corona, anderzijds heeft een deel van de reguliere zorg geen doorgang kunnen vinden.

De onderschrijding van het Uitgavenplafond Zorg is een saldo van zowel neerwaartse bijstellingen van het Uitgavenplafond Zorg als neerwaartse

bijstellingen van de netto zorguitgaven. Onderstaande tabel toont deze uitsplitsing.

Ontwikkeling van het Uitgavenplafond Zorg en de netto zorguitgaven voor het jaar 2020 (in miljoenen euro's)

	2020
Uitgavenplafond Zorg	
Startnota Kabinet Rutte III	**77.581**
Loon- en prijsontwikkeling	– 1.935
Overboekingen tussen Uitgavenplafonds	– 1.182
Noodmaatregelen corona	473
Bijstelling	*– 2.644*
Jaarverslag 2020 (A)	**74.937**
Netto zorguitgaven	
Startnota Kabinet Rutte III	**77.581**
Zvw	– 3.280
Wlz	– 703
Begrotingsgefinancierd	281
Bijstelling	*– 3.702*
Jaarverslag 2020 (B)	**73.879**
Onderschrijding (B-A)	**– 1.058**

Bron: VWS-begroting 2019,2020 en jaarverslag 2020

Uit de bovenstaande tabel valt af te leiden dat sinds de Startnota het Uitgavenplafond Zorg neerwaarts met € 2,6 miljard is bijgesteld, voornamelijk als gevolg van lagere loon- en prijsontwikkeling (€ 1,9 miljard), overboekingen vanuit het Uitgavenplafond Zorg naar het Uitgavenplafond Rijksbegroting (€ 1,2 miljard) en de opwaartse bijstelling als gevolg van noodmaatregelen corona (€ 0,5 miljard).
Verder valt op te merken dat de netto zorguitgaven eveneens neerwaarts zijn bijgesteld met € 3,7 miljard, voornamelijk als gevolg van lagere Zvw-uitgaven (€ 3,3 miljard), lagere Wlz-uitgaven (€ 0,7 miljard) en hogere begrotingsgefinancierde uitgaven (€ 0,3 miljard).
Per saldo is er dus sprake van een onderschrijding van € 1,1 miljard (€ 3,7 miljard -/- € 2,6 miljard).

Bron voor de onderschrijdingen van het Uitgavenplafond Zorg:
- *Ontwerpbegroting 2019 (Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 2) pagina 192, tabel 2.*
- *Ontwerpbegroting 2020 (Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 2) pagina 186, tabel 2.*
- *Jaarverslag 2020 (Kamerstuk 35 830 XVI, nr. 1) pagina 196, tabel 5.*

Vraag 118
Hoe kan de bijstelling van € 420,5 miljoen van de bruto Zorgverzekeringswet (Zvw)-uitgaven jaarverslag 2020 verklaard worden?

Antwoord:
De Zvw-uitgaven in het jaarverslag 2020 (Kamerstuk 35 830 XVI, nr. 1) zijn ten opzichte van de stand ontwerpbegroting 2020 (Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 2) neerwaarts bijgesteld met € 420,5 miljoen. Na de ontwerpbegroting 2020 zijn de zorguitgaven voor het jaar 2020 op verschillende momenten in 2020 bijgesteld. Zo zijn er bijstellingen geweest bij de 1e suppletoire begroting 2020 (Kamerstuk 35 450 XVI, nr. 2) de ontwerpbegroting 2021 (Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 2), de 2e suppletoire begroting 2020 (Kamerstuk 35 650 XVI, nr. 2) en bij het jaarverslag 2020. In het VWS-jaarverslag 2020 is een inhoudelijk overzicht van deze bijstellingen opgenomen in tabel 7 op pagina 198 en 199 en wordt tabel 7 verder toegelicht op pagina 199–202. Onderstaande tabel toont bijstellingen groter dan € 50 miljoen uit die tabel 7. De bijstellingen kleiner dan € 50

miljoen uit tabel 7 zijn bij elkaar opgeteld en onder het kopje «Overige» in onderstaande tabel opgenomen. Onder onderstaande tabel staat een toelichting op de posten van groter dan € 50 miljoen.

	2020
Actualisering Zvw-uitgaven	– 256,1
Ramingsbijstelling apotheekzorg en hulpmiddelen	– 167,5
Besparingsverlies vertraging Wgp	87,5
Subsidie(s) wijkverpleging	– 60,0
Overige[1]	– 24,4
Totaal	– 420,5

[1] Betreft diverse bijstellingen kleiner dan € 50 miljoen, zie voor een overzicht van deze bijstellingen tabel 7 op pagina 198 en 199 van het Jaarverslag

Actualisering Zvw-uitgaven Op basis van voorlopige realisatiecijfers van het Zorginstituut Nederland zijn de Zvw-uitgaven 2020 op diverse momenten geactualiseerd. In totaal zijn op basis van deze actualiseringen de Zvw-uitgaven voor het jaar 2020 met € 256,1 miljoen neerwaarts bijgesteld. *Ramingsbijstelling apotheekzorg en hulpmiddelen* De uitgaven aan apotheekzorg in 2020 zijn op basis van cijfers van het Zorginstituut Nederland naar verwachting lager dan eerder geraamd. Dit heeft geleid tot een neerwaartse bijstelling van de uitgaven aan apotheekzorg van € 120 miljoen in 2020. Daarnaast is in 2020 een ramingsbijstelling van € 47,5 miljoen verwerkt op het hulpmiddelenkader op grond van de verwachting dat de uitgaven lager zijn dan het beschikbare budgettaire kader. *Besparingsverlies vertraging Wgp* Door uitstel van de aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) is een besparingsverlies ontstaan (Kamerstukken 29 477 en 25 295, nr. 651). De kosten hiervan bedragen € 87,5 miljoen in 2020. *Subsidie(s) wijkverpleging* Dit betreft de overheveling vanuit de sector wijkverpleging (Uitgavenplafond Zorg) naar de VWS-begroting voor specifieke doeleinden binnen het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging, zoals de Stimuleringsregeling E-Health Thuis (SET), een nog op te zetten regeling voor deskundigheidsbevordering en scholing voor zorgprofessionals en/of ICT-investeringen door (kleine) zorgaanbieders.

Vraag 119

Hoe kan het dat er op de wijkverpleging (wederom) een onderschrijding plaatsvindt in 2020?

Antwoord:

De onderschrijding is in lijn met de onderschrijdingen in de afgelopen jaren. Ik heb door Equalis onderzoek (Kamerstuk 23 235, nr. 210) laten doen naar de steeds verder oplopende onderschrijding in de afgelopen jaren in de wijkverpleging. Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin gezocht is naar verklaringen voor deze onderschrijdingen alsmede de vraag of de onderschrijdingen gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van zorg. Het onderzoek laat zien dat met name het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars, de scherpere discussie die gevoerd wordt over rechtmatigheid in combinatie met de verschuiving van «zorgen voor» naar «zorgen dat» en in mindere mate de toenemende arbeidsmarktproblematiek de belangrijkste verklaringen vormen voor de onderschrijding op het financieel kader wijkverpleging. Het onderzoek laat overigens ook zien dat cliënten nog steeds de zorg krijgen die zij nodig hebben, maar dat de druk op de wijkverpleging toeneemt.

Vraag 120

Is bij de inschatting van de totale uitgaven voor de herstelzorg paramedie coronapatiënten rekening gehouden met een verlenging van dit programma tot na 1 augustus 2021?

Antwoord:

In het jaarverslag 2020 is alleen beschreven dat het uitgavenplafond zorg in verband met de voorwaardelijke toelating van paramedische herstelzorg in 2020 is opgehoogd met € 11,8 mln. Voor de regeling tot 1 augustus 2021 is € 28 miljoen beschikbaar. In de voorjaarsnota 2021 is opgenomen dat er € 28 mln. buiten het reguliere uitgavenplafond om is vrijgemaakt voor de verlenging van de regeling tot 1 augustus 2022. Hiervan is € 25 mln. bestemd voor 2021 en € 3 mln. voor 2022. Daarmee is er in totaal voor de jaren 2020 t/m 2022 € 56 miljoen beschikbaar voor paramedische herstelzorg.

Vraag 121

Kan er een uitsplitsing worden gegeven van de verschillende oorzaken die hebben geleid tot een tekort van € 550 miljoen euro in het budgettaire kader van de Wlz?

Antwoord:

De NZa heeft in haar Maartbrief 2020 (Bijlage bij Kamerstuk 34 104, nr. 278) over de benutting van het budgettaire kader Wlz 2020 een tekort van € 550 miljoen geraamd. Dit tekort wordt voornamelijk veroorzaakt door groeiende aanspraken in de ouderenzorg. Zo is het aantal uitstaande indicaties voor verpleging en verzorging toegenomen van ruim 162.000 op 1 januari 2019 naar bijna 170.000 op 1 januari 2020. Dat is een groei van bijna 5 procent op jaarbasis en aanzienlijk hoger dan de trendmatige demografische groei van 1,7%. De NZa signaleerde in haar Maartbrief 2020 dat hierdoor het Wlz-kader 2020 op 1 januari 2020 vrijwel geheel benut werd met de zorg voor de cliënten die eind 2019 al in zorg waren. Daarmee zou er onvoldoende ruimte zijn voor de verwachte groei van het aantal cliënten in de rest van het jaar. Om de zorg in de Wlz voldoende toegankelijk te houden heb ik daarom op grond van het advies van de NZa het Wlz-kader verhoogd.

Vraag 122

Wat is de reden om na het aftrekken van het gereserveerde geld voor de herverdelingsmiddelen (€ 70 miljoen) het resterende tekort van € 480 miljoen op te vullen door verlaging van de uitgavenraming van de wijkverpleging?

Antwoord:

In de afgelopen jaren zien we een toenemende onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging; (€ 132 miljoen in 2017, € 235 miljoen in 2018 en € 441 miljoen in 2019). Mede naar aanleiding van de uitkomsten van het Equalis-onderzoek (TK 2019/2020, 23 235, nr. 210) is na overleg met de partijen van het hoofdlijnenakkoord het kader structureel verlaagd en is € 341 miljoen van deze onderschrijding structureel ingezet voor de hogere uitgaven aan de Wlz. Van jaar op jaar stijgt het kader wijkverpleging overigens nog steeds omdat de in de HLA overeengekomen volumegroei van de uitgaven onverkort van kracht blijft (jaarlijks 2,4% ofwel circa € 100 miljoen), evenals de toedeling van de loon- en prijsbijstelling van ongeveer € 100 miljoen per jaar. Hierdoor blijft er ruimte om te blijven investeren in (de groei van) de wijkverpleging. De toegankelijkheid van de wijkverpleging is dus niet verminderd. Bovendien is afgesproken de financiële ontwikkeling te monitoren.

Vraag 123

Heeft de verlaging van de uitgavenraming van de wijkverpleging consequenties gehad voor het uitvoeren van wijkverpleegkundige zorg?

Antwoord:

Op basis van realisatiecijfers is al enige tijd een onderschrijding van het kader wijkverpleging zichtbaar. Dit cijferbeeld is uitvoerig besproken met de HLA partijen wijkverpleging, en heeft geleid tot het (in het antwoord op vraag 119) genoemde onderzoek door Equalis. Uiteindelijk is in het voorjaar van 2020 in overleg en afstemming met deze partijen besloten om op het kader wijkverpleging een ramingsbijstelling vanaf 2020 te verwerken. Het macroprestatiebedrag wordt daarmee vanaf 2021 ook verlaagd. Mede gezien de omvang van de onderschrijding is de

verwachting dat de uitgaven structureel lager zullen uitvallen. M.a.w. partijen verwachten niet dat de onderschrijding later alsnog wordt uitgegeven. Hierbij is relevant dat de in de HLA overeengekomen volumegroei van de uitgaven onverkort van kracht blijft (jaarlijks 2,4% ofwel ca € 100 mln), evenals de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling. Hierdoor blijft er ruimte om te blijven investeren in (de groei van) de wijkverpleging. Ik benadruk dat deze ramingsbijstelling niets af doet aan de afspraken die zijn gemaakt in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 911). Mochten de uitgaven alsnog op het niveau van het oorspronkelijke HLA-kader komen, dan is dat conform de gemaakte afspraken in het hoofdlijnenakkoord en volgen er geen budgettaire maatregelen. Dat geldt alleen als de uitgaven boven het oorspronkelijke MBI-kader uitkomen.

Vraag 124

Waarom is ervoor gekozen om het tekort van € 480 miljoen op het budgettaire kader Wlz te dekken met een verlaging van de uitgavenraming van de wijkverpleging? Wat is daarvan het effect op de toegankelijkheid van de wijkverpleging?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 122.

Vraag 125

Hoe wordt het tekort van € 16,9 miljoen euro voor het overhevelen van mobiliteitshulpmiddelen van de Wmo naar de Wlz verklaard?

Antwoord:

Mobiliteitshulpmiddelen voor Wlz-cliënten in een zorginstelling worden vanaf 1 januari 2020 vanuit de Wlz gefinancierd. Op basis van een raming is een voorlopige reeks overgeheveld van de Wmo naar de Wlz. Tevens is door het Ministerie van VWS en de VNG afgesproken deze overheveling zo nodig te corrigeren op basis van de gerealiseerde uitgaven aan mobiliteitshulpmiddelen in de Wlz in 2020. De gerealiseerde uitgaven bleken € 16,9 miljoen hoger dan de oorspronkelijke raming. De overheveling vanuit de Wmo naar de Wlz is voor het jaar 2020 gecorrigeerd. Voor latere jaren wordt deze correctie verwerkt in de Voorjaarsnota 2021 respectievelijk de eerste suppletoire begroting van VWS.

Vraag 126

Is te verwachten dat het effect van de coronacrisis op de in- en uitstroom in de intramurale zorg en daarmee op de te verwachte ontvangsten uit eigen bijdragen in dit kader, langere tijd van invloed zal zijn op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport?

Antwoord:

Inmiddels worden de effecten van de vaccinatiecampagne steeds duidelijker zichtbaar in de Wlz. Het CIZ rapporteert dat het aantal V&V-indicaties weer stijgt en het CBS meldt dat het aantal V&V-cliënten in intramurale zorg weer toeneemt. De verwachting is daarom dat we terugkeren naar het normale in – en uitstroompatroon in de intramurale zorg als de coronacrisis achter de rug is. Daarmee verwacht ik geen structurele effecten op de ontvangsten uit eigen bijdragen Wlz na 2021. Ik zal de ontwikkeling van de ontvangsten uit eigen bijdragen zoals gebruikelijk blijven monitoren en rapporteren via de begroting en het jaarverslag van het Ministerie van VWS.