

### Vraag 1

Kan een specificatie worden gegeven van het MJP Depressiepreventie, met wat de activiteiten en op te leveren producten in 2018 zijn, en daarbij een overzicht van het budget per doelgroep en/of programmaonderdeel?

### Antwoord 1:

Op 15 februari 2017 hebben in totaal 19 organisaties uit de preventieve en curatieve gezondheidszorg de Depressiedeel ondertekend, waarin ze hun commitment geven aan gezamenlijke uitvoering van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP). Dit MJP is op 15 februari 2017 naar de TK verstuurd<sup>1</sup>. In het MJP wordt aangegeven dat voor iedere hoogrisicogroep de meest betrokken veldpartijen in een zogenaamde 'regiegroep' een ketenaanpak ontwikkelen. De ketenaanpak zal bestaan uit een doorlopende lijn van bewustwording, vroegsignalering, toeleiden naar (preventieve) interventies, innovatie/doorbraakprojecten, ondersteuning zelfmanagement en onderzoek/monitoring. In het MJP staat ieder jaar een andere groep centraal met een hoog risico. Er is in 2017 gestart met de aanpak bij de hoogrisicogroep 'jongeren'. En er wordt gewerkt aan de aanpak voor 'aankomende/pas bevallen moeders', voor 'jonge werkende vrouwen' en voor 'huisartspatienten met depressieve klachten'. Per regiegroep wordt eerst samen met de meest betrokken partijen een plan van aanpak opgesteld, waarin aangegeven wordt welke activiteiten de regiegroep gaat ondernemen om te komen tot een goede ketenaanpak. In onderstaande tabel staat een overzicht per hoogrisicogroep van activiteiten en bijbehorend budget. Per jaar is € 0,75 miljoen beschikbaar voor uitvoering van het MJP. Het budget per regiegroep is afhankelijk van de activiteiten die in het plan van aanpak worden opgenomen. Daarnaast is jaarlijks € 1,0 miljoen beschikbaar voor de Publiekscampagne en bewustwording.

Stuurgroep, Regiegroep of Werkgroep	Activiteiten	Producten	Budget	Uitvoering in
Stuurgroep	- proces aanjagen en benodigde partijen betrekken	Uitvoering MJP met onderliggende regie- en werkgroepen	€ 25.000 per jaar	2017 - 2018
Communicatie	Publiekscampagne en bewustwording	TV spots en social media	€ 1,0 miljoen per jaar	2017 tm 2021
Jongeren	Uitvoeren plan van aanpak: - Uitvoeren van een inventarisatie bij GGD'en en JGZ-organisaties - Ontwikkeling van een model ketenaanpak bij jongeren - Kennisoverdracht GGD'en en JGZ organisaties - Ondersteunen van regionale activiteiten die bijdragen aan de ketenaanpak	- Rapportage landelijke inventarisatie - Model Ketenaanpak en goede praktijk voorbeelden - 1 tot 3 bijeenkomsten - Versterkte ketenaanpak in aantal regio's	€ 0,295 miljoen	2017 en 2018
Aankomende /pas bevallen moeders	Opstellen plan van aanpak	Nog te bepalen	Nog te bepalen	2018 en 2019
Jonge werkende vrouwen	Opstellen plan van aanpak	Nog te bepalen	Nog te bepalen	2018 en 2019
Huisarts-patiënten met depressieve klachten	Opstellen plan van aanpak	Nog te bepalen	Nog te bepalen	2018 en 2019
Kennis	Monitoring en evaluatie	Nog te bepalen	Nog te bepalen	2018 t/m 2021

<sup>1</sup> [TK brief en meerjarenprogramma depressiepreventie](#)

**Vraag 2**

Kan worden aangegeven hoeveel budget er in 2016 en 2017 is uitgegeven aan postpartum depressie in het kader van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie?

**Antwoord 2:**

Voor de regiegroep voor aankomende/pas bevallen moeders wordt op dit moment een plan van aanpak opgesteld. De regiegroep is dus nog in voorbereiding. Dat betekent dat er in 2016 en 2017 geen budget is uitgegeven aan postpartum depressie in het kader van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie.

**Vraag 3**

Kan worden aangegeven wat er in het kader van het MJP Depressiepreventie is gedaan aan het voorkomen/behandelen van postpartumdepressies? Welke activiteiten / producten?

**Antwoord 3:**

De groep aankomende/pas bevallen moeders is één van de zes risicogroepen in het Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Voor de regiegroep voor aankomende/pas bevallen moeders wordt op dit moment een plan van aanpak opgesteld. Dit plan van aanpak wordt eind januari 2018 verwacht. Dan is ook bekend welke activiteiten en producten worden uitgevoerd.

**Vraag 4**

Kan worden aangegeven wat er in 2018 en 2019 gedaan zal worden aan het voorkomen/tegengaan van postpartumdepressies? Hoeveel budget is daarvoor beschikbaar?

**Antwoord 4:**

GGD GHOR NL werkt aan een plan van aanpak voor de regiegroep voor aankomende/pas bevallen moeders, waarbij relevante organisaties en professionals betrokken zullen worden. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van de ervaringen in de praktijk, van de eerdere strategische verkenning van het Trimbos<sup>2</sup> en de tussentijdse uitkomsten van het project Depressiepreventie bij jongeren. Dit plan van aanpak wordt eind januari 2018 verwacht. Dat betekent dat nu nog niet kan worden aangegeven wat er in 2018 en 2019 gedaan zal worden aan het voorkomen/tegengaan van postpartum depressie in het kader van het Meerjarenprogramma Depressiepreventie (MJP). Op basis van de plannen zal meer duidelijkheid komen over het precieze budget voor deze regiegroep. Per jaar is € 0,75 miljoen beschikbaar voor uitvoering van alle regiegroepen van het MJP.

**Vraag 5**

Kan bij de onderschrijving van circa €700 miljoen euro aangegeven worden hoeveel daarvan van de ggz komt en hoeveel daarvan van de genees- en hulpmiddelen? Hoe is deze onderschrijving te verklaren?

**Antwoord 5:**

De onderschrijving van €700 miljoen is gebaseerd op bij verzekeraars gedeclareerde uitgaven van zorg in de eerste zes maanden van 2017 plus een inschatting van de zorgverzekeraars van wat in de komende tijd nog met betrekking tot het jaar 2017 gedeclareerd gaat worden. Deze cijfers hebben hierdoor een voorlopig karakter. Om die reden wordt in de 2<sup>e</sup> suppletore wet geen uitsplitsing gegeven op welke onderdelen binnen de Zvw sprake is van een onderschrijving, behoudens dat voornamelijk de uitgaven aan ggz en genees- en hulpmiddelen lager uit lijken te vallen.

In het jaarverslag over 2017 zal een uitsplitsing worden gegeven van de mutaties op de verschillende onderdelen binnen het BKZ, op basis van voorlopige gegevens over geheel 2017. Dan zullen ook, voor zover mogelijk, inhoudelijke verklaringen worden gegeven.

---

<sup>2</sup> Trimbos, Strategische verkenning depressiepreventie, 2014

### Vraag 6

Kan per jaar worden aangegeven wat het totaal bedrag aan overschrijding is geweest op het BKZ en hoe dit in verhouding staat met de raming voor dat jaar, sinds het aantreden van Rutte I (2010)?

### Antwoord 6:

In tabel 1 is een overzicht opgenomen van de over- en onderschrijdingen van de uitgavenkaders Rbg-eng, SZA en het BKZ over de jaren 2010 t/m 2017. Uit dit overzicht blijkt dat van 2010 tot en met 2012 jaarlijks sprake was van overschrijdingen van het BKZ. Sinds het jaar 2013 is dit beeld omgeslagen en hebben er kaderoverschrijdingen van het BKZ plaatsgevonden. Deze kaderoverschrijdingen van het BKZ zijn voornamelijk ingezet als compensatie voor overschrijdingen op het kader Rbg-eng.

<b>Kadertoets</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Rbg-eng	-2,7	-1,7	-3,4	-0,4	0,2	1,0	1,5	2,6
SZA	0,3	-0,2	0,1	0,2	-0,8	-0,9	-0,8	-1,0
<b>BKZ</b>	<b>1,6</b>	<b>2,0</b>	<b>0,9</b>	<b>-1,1</b>	<b>-2,0</b>	<b>-0,6</b>	<b>-1,8</b>	<b>-2,4</b>
Totaal uitgavenkader	-0,8	0,2	-2,4	-1,4	-2,6	-0,5	-1,1	-0,8

Bron: Financieel Jaarverslag Rijk 2010 t/m 2016 en Najaarsnota 2017

<sup>1</sup>Door afrondingsverschillen kan de som van de delen afwijken van het totaal.

In tabel 2 is een overzicht opgenomen van het BKZ over de jaren 2010 t/m 2017, uitgesplitst naar de verschillende ramingsmomenten.

**Tabel 2: Kadertoetsing Budgettair Kader Zorg 2010-2017 (+ = overschrijding, in miljarden euro) <sup>1</sup>**

	<b>Raming</b>	<b>Realisatie</b>
	<b>MN 2010</b>	<b>FJR 2010</b>
Uitgavenkader (in lopende prijzen)	57,4	57,1
Uitgavenniveau	56,8	58,7
Over-/onderschrijding	-0,7	1,6
	<b>Startnota</b>	<b>FJR 2011</b>
Uitgavenkader (in lopende prijzen)	59,7	59,8
Uitgavenniveau	59,7	61,8
Over-/onderschrijding	0,0	2,0
	<b>MN 2012</b>	<b>FJR 2012</b>
Uitgavenkader (in lopende prijzen)	63,0	63,1
Uitgavenniveau	63,5	64,0
Over-/onderschrijding	0,5	0,9
	<b>Startnota</b>	<b>FJR 2013</b>
Uitgavenkader (in lopende prijzen)	66,2	65,8
Uitgavenniveau	66,2	64,6
Over-/onderschrijding	0,0	-1,1
	<b>MN2014</b>	<b>FJR 2014</b>
Uitgavenkader (in lopende prijzen)	67,8	67,1
Uitgavenniveau	67,8	65,1
Over-/onderschrijding	0,0	-2,0
	<b>MN 2015</b>	<b>FJR 2015</b>
Uitgavenkader (in lopende prijzen)	66,4	65,7
Uitgavenniveau	66,4	65,1
Over-/onderschrijding	-0,1	-0,6
	<b>MN 2016</b>	<b>FJR 2016</b>
Uitgavenkader (in lopende prijzen)	68,6	67,9
Uitgavenniveau	67,8	66,1
Over-/onderschrijding	-0,7	-1,8
	<b>MN 2017</b>	<b>Najaarsnota 2017</b>
Uitgavenkader (in lopende prijzen)	70,0	70,6
Uitgavenniveau	68,5	68,1
Over-/onderschrijding	-1,4	-2,4
<i>Bron: Financieel Jaarverslag Rijk 2010 t/m 2016 en Najaarsnota 2017</i>		
<sup>1</sup> Door afrondingsverschillen kan de som van de delen afwijken van het totaal.		

Overigens geldt voor beide tabellen dat de uitgavenniveaus ook na de betreffende jaarverslagen nog worden aangepast in verband met de vertraging in het beschikbaar komen van realisatiecijfers. Deze bijstellingen worden in latere jaarverslagen gemeld. Omdat de kadertoetsen niet meer aangepast worden zijn die bijstellingen niet in bovenstaande tabellen verwerkt.

**Vraag 7**

Kan per jaar worden aangegeven waar de onderschrijding van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) sinds het aantreden van Rutte I (2010) is heen gegaan?

**Antwoord 7:**

Zie het antwoord op vraag 6.

**Vraag 8**

Kan een overzicht worden gegeven van het BKZ de afgelopen 7 jaar, uitgesplitst naar de verschillende ramingsmomenten?

**Antwoord 8:**

Zie het antwoord op vraag 6.

**Vraag 9**

Kan exact worden aangegeven waar de totale onderschrijding van het BKZ van €2,4 miljard in 2017 uit is opgebouwd?

**Antwoord 9:**

In de ontwerpbegroting 2017 was reeds sprake van een onderschrijding van het BKZ van € 1,4 miljard. Ten opzichte van de stand in de ontwerpbegroting 2017 is de kaderonderschrijding met € 1,0 miljard toegenomen. De uitgaven onder het BKZ zijn neerwaarts bijgesteld met € 0,4 miljard en het kader is opwaarts bijgesteld met € 0,6 miljard.

De totale onderschrijding van het BKZ van €2,4 miljard in 2017 ten opzichte van de startnota uit 2012 is opgebouwd uit een neerwaartse bijstelling van de uitgaven onder het BKZ van € 6,4 miljard en een neerwaartse bijstelling van het Budgettair Kader Zorg met € 4,0 miljard.

De neerwaartse bijstelling van de uitgaven onder het BKZ van € 6,4 miljard is een optelling van mee- en tegenvallers, ramingsbijstellingen en maatregelen om per saldo de oploop van de zorgkosten te beteugelen. Enkele grote mutaties die hebben bijgedragen aan de onderschrijding van het BKZ zijn: lagere uitgaven aan diverse sectoren binnen de Zvw waaronder geneesmiddelen, ramingsbijstellingen op de volumegroei van zowel de Zvw als de Wlz en nominale bijstellingen. Voor een overzicht van alle mutaties verwijs ik u naar de kadertoetsen van het BKZ in de Miljoenennota's 2015 tot en met 2018.

**Vraag 10**

Wat is de verklaring dat het BKZ in 2017 €2,4 miljard lager uitvalt dan in de ontwerpbegroting is voorspeld?

**Antwoord 10:**

Zie het antwoord op vraag 9.

**Vraag 11**

Kan de bijstelling van €700 miljoen onder de noemer van actualisering van zorguitgaven, zoals vermeld staat in de najaarsnota, worden gespecificeerd en inhoudelijk worden toegelicht?

**Antwoord 11:**

Zie het antwoord op vraag 5.

**Vraag 12**

Op welke wijze zijn de lagere uitgaven aan subsidies in het kader van ziektepreventie te verklaren?

**Antwoord 12:**

De lagere uitgaven voor subsidies Ziektepreventie worden veroorzaakt door een overheveling naar artikel 2 Curatieve Zorg (€ 1,7 miljoen) voor het Onderzoeksprogramma antibiotica en alternatieven. Verder is onderuitputting opgetreden door vertraging in de afhandeling van de tegemoetkoming voor narcolepsie-patiënten in het kader van de mexicaanse griep (€ 0,6 miljoen) en het niet doorgaan van een documentaire Antibioticaresistentie (€ 0,3 miljoen). Tot slot is het budget verhoogd voor de loonbijstelling (€ 0,2 miljoen).

**Vraag 13**

Kan per vaccin inzicht worden gegeven in de afnemende vaccinatiegraad voor de periode 2012-heden?

**Antwoord 13:**

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de vaccinatiegraad per vaccinatie. De cijfers hebben betrekking op leeftijdscohorten, dat wil zeggen de kinderen die in een bepaald jaar zijn geboren. De overzichten zijn terug te vinden op:

<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/vaccinaties/cijfers-context/trends>

Zuigelingen (2 jaar)							
Cohort	DKTP	Haemophilus influenzae type b	HepB <sup>a</sup>	Pneu	Bof, mazelen, rodehond	MenC	Volledig
2006	95,2	95,9	18,6	94,4 <sup>c</sup>	96,2	96,0	
2007	95,0	95,6	19,3	94,4	96,2	96,1	
2008	95,4	96,0	19,4	94,8	95,9	95,9	
2009	95,4	96,0	19,5	94,8	95,9	95,9	
2010	95,5	96,1	19,7	95,1	96,1	96,0	
2011	95,4	95,9	51,4	95,0	96,0	95,8	
2012	94,8	95,4	94,5	94,4	95,5	95,3	
2013	94,2	94,9	93,8	93,8	94,8	94,6	
2014	93,5	94,2	93,1	93,6	93,8	93,5	91,2 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Percentage van het totale cohort. In 2011 is universele hepatitis B vaccinatie ingevoerd; voorheen werden risicogroepen gevaccineerd.

<sup>b</sup> Kerncijfer volledige deelname zuigelingen: alle vaccinaties volgens RVP Rijksvaccinatieprogramma "RVP-schema ontvangen voor het bereiken van de 2-jarige leeftijd.

Cohort	Kleuters (5 jaar) D(K)TP			School-kinderen (10 jaar) Difterie, tetanus, polio	School-kinderen (10 jaar) Bof, mazelen, rodehond <sup>c</sup>	Adolescente meisjes (14 jaar) HPV Humaan papilloma virus "HPV"
	revac	basis <sup>a</sup>	totaal <sup>b</sup>			
1997	94,4			92,6	92,5	56,0
1998	95,1			93,5	93,0	58,1
1999	95,2			93,4	93,1	58,9
2000	92,5 <sup>d</sup>	1,4 <sup>d</sup>	93,9 <sup>d</sup>	92,2	92,1	61,0
2001	92,1	1,6	93,7	93,0	92,6	61,0
<b>2002</b>	<b>91,5</b>	<b>1,6</b>	<b>93,1</b>	<b>93,1</b>	<b>92,9</b>	<b>53,4</b>
2003	91,9	2,0	93,9	92,7	92,4	
2004	91,7	2,6	94,3	92,7	92,7	
2005	92,0	2,6	94,7	92,0	92,0	
<b>2006</b>	<b>92,3</b>	<b>2,1</b>	<b>94,4</b>	<b>90,8</b>	<b>90,9</b>	
2007	92,3	2,4	94,7			
2008	92,0	2,4	94,4			
2009	91,9	2,2	94,1			
2010	91,5	2,1	93,7			
<b>2011</b>	<b>91,1</b>	<b>2,1</b>	<b>93,2</b>			

- a Kinderen die basisimmunitet pas bereiken op de leeftijd van 2-5 jaar en daarom niet in aanmerking komen voor revaccinatie (=revac).
- b Voldoende beschermd (=som gerevaccineerd + basisimmuun 2-5 jaar).
- c Vanaf cohort 1995 wordt over de tweede BMRBof, mazelen, rodehond"BMR-vaccinatie gerapporteerd.
- d Sinds 1 september 2006 wordt bij kleuters uitsluitend een combinatievaccin DaKTP gebruikt en wordt geen losse aKacellulair kinkhoestvaccin"aK meer gegeven.

#### **Vraag 14**

Welke maatregelen worden getroffen om de vaccinatiegraad te verhogen?

#### **Antwoord 14:**

Voor een overzicht van de maatregelen naar aanleiding van de dalende vaccinatiegraad verwijs ik naar de brief van mijn ambtsvoorganger TK 2016- 2017, 32 793, nr. 272.

Ik merk daarbij op dat, zoals ook in deze brief aangegeven, er geen duidelijke verklaring is voor de dalende vaccinatiegraad.

Om hier zicht op te krijgen is aan een commissie van sociaal wetenschappers gevraagd advies uit te brengen over de wijze waarop dit vraagstuk het beste kan worden aangepakt. Dit advies wordt nog dit jaar verwacht. Op grond van dit advies zal ik bezien of aanvullende maatregelen nodig en mogelijk zijn.

#### **Vraag 15**

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan het achterblijven van het aantal aanvragen voor de subsidieregeling 'sluitende aanpak verwarde personen'?

#### **Antwoord 15:**

Zie het antwoord op vraag 20.

#### **Vraag 16**

Welke gevolgen heeft het aantal lagere aanvragen 'sluitende aanpak verwarde personen' voor het realiseren van de doelstellingen?

#### **Antwoord 16:**

Doelstelling van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden is het wegnemen van financiële belemmeringen bij zorgaanbieders om onverzekerde personen met verward gedrag de medisch noodzakelijke zorg te geven die zij nodig hebben. Vanwege de opgetreden beperkingen in de uitvoering, waardoor tot dusver minder zorgaanbieders dan beoogd gebruik hebben kunnen maken van de regeling, worden de financiële belemmeringen nog niet voldoende weggenomen.

Vanwege de opgetreden problemen in de uitvoering (zie het antwoord op vraag 20) heb ik het voornemen om de subsidieregeling op onderdelen aan te passen.

#### **Vraag 17**

Waarom is sprake van een forse onderbesteding van de beschikbare middelen voor de 'kwaliteitsimpuls apothekers'?

#### **Antwoord 17:**

Dit betreft een zogenoemde 'kasschuif': een verschuiving van het budget van 2017 naar latere jaren. Door omstandigheden (onduidelijkheid over de btw-status van het project) zijn de activiteiten later begonnen. Er is verlenging van de subsidieperiode aangevraagd en toegekend om, binnen hetzelfde budget, de beoogde scholingen te kunnen doen. Het budget wordt dus in een later stadium alsnog uitgegeven aan dit project.

#### **Vraag 18**

Hoe is de onderbesteding van het 'uitvoeren visie geneesmiddelen' te verklaren en welke gevolgen heeft dit?

**Antwoord 18:**

Op 16 november heb ik u geïnformeerd over de uitvoering van de geneesmiddelenvisie (TK 29 477, nr. 452). Onderdeel van de ontwikkelagenda van de geneesmiddelenvisie is het 'selectief herberekenen Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)'. Hiervoor is in 2017 budget gereserveerd (€ 0,8 miljoen), maar zijn geen kosten gemaakt. Deze post verklaart de onderbesteding.

In het regeerakkoord is inmiddels de aanpassing van het GVS opgenomen (als sluitpost bij 'Maatregelen op het gebied van genees- en hulpmiddelen'). Over deze maatregel informeer ik u in het eerste kwartaal van 2018 als ik nader in ga op de invulling van de taakstelling in het regeerakkoord op genees- en hulpmiddelen.

**Vraag 19**

Blijven de niet besteedde middelen uit de subsidieregeling 'sluitende aanpak verwarde personen' via de eindejaarsmarge beschikbaar voor het jaar 2018?

**Antwoord 19:**

De niet bestede middelen uit de subsidieregeling zijn meegenomen in de taakstellende onderuitputting voor 2017.

Als VWS in 2018 een eindejaarsmarge heeft, kan een deel van de onderuitputting hier nog naar doorschuiven. In dit geval worden de middelen in 2018 echter niet besteed aan de subsidieregeling. De verwachting is dat de beschikbare middelen voor de subsidieregeling in 2018 voldoende zijn

**Vraag 20**

Betekent de vrijval bij de subsidieregeling onverzekerde verwarde personen dat er minder verwarde personen zijn die onverzekerd zijn? Of weten de aanvragers deze regeling niet te vinden?

**Antwoord 20:**

Voor veel aanvragers is de termijn van 24 uur waarbinnen zorg gemeld dient te worden te kort. Een deel van de potentiële aanvragers dient daarom geen aanvraag in.

Daarnaast moet in verband met de privacywetgeving toestemming worden verleend om gegevens te verstrekken. Uit de gegevens blijkt dat zo'n 44% van de patiënten deze toestemming weigert.

De toestemming is nodig om te kunnen vaststellen of een onverzekerde verzekeringsplichtig is.

Ik heb geen signalen ontvangen dat zorgaanbieders de regeling niet kennen. Er is bij de introductie ruime bekendheid gegeven aan het bestaan van de subsidieregeling.

In verband met de hierboven genoemde problemen bij de uitvoering heb ik het voornemen de subsidieregeling op onderdelen aan te passen.

**Vraag 21**

Waarom worden de beschikbare middelen voor de subsidieregelingen 'systeemverantwoordelijkheid' besteed?

**Antwoord 21:**

Deze middelen worden aangewend voor onder andere het (door)ontwikkelen en vernieuwen van het zorgaanbod, het versterken van de positie van de cliënt en professionalisering van medewerkers in het sociale domein. Concrete voorbeelden zijn de Wmo Sociale werkplaatsen, het programma 'Aandacht voor iedereen', het actieplan professionalisering sociaal werk Nederland, het ISD programma van de VNG, de ontwikkelagenda 'Volwaardig meedoen', het programma informatievoorziening sociaal domein, project 'De pluim' van de ANBO, het Programma Sociaal Domein, de kwaliteit van cliëntondersteuning en gespreksvoering met o.a. VNG, MEE NL en de beroepsvereniging cliëntondersteuning, en het project 'Vernieuwingsactiviteiten Wmo' van de VNG.

**Vraag 22**

Wat is de reden dat er een vrijval is van de pgb-compensatieregeling?

**Antwoord 22:**

De middelen zijn begroot op basis van de grootte van de doelgroep en een onderzoek naar aard en omvang van de financiële schade als gevolg van uitbetalingsproblemen. De ruimte is ontstaan doordat er minder aanvragen en lagere schadebedragen zijn ingediend dan vooraf was ingeschat op basis van het onderzoek.

Uiteindelijk hebben 263 mensen een aanvraag ingediend en is er ongeveer € 350.000 toegekend aan compensatie aan 76 budgethouders en zorgverleners. De overige aanvragen zijn beoordeeld maar komen niet voor een tegemoetkoming in aanmerking.

**Vraag 23**

Waaraan wordt €2,5 miljoen besteed door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) in het kader van ICT-kosten? Is hier sprake van nieuwe taken of zijn het doorlopende verbeteringen in het systeem?

**Antwoord 23:**

In een brief van 1 juni 2017 (TK 25657, nr. 291) heeft de toenmalige staatssecretaris van VWS u onder meer geïnformeerd over de ontwikkelingen rond het budgethoudersportaal en de ICT-investeringen bij de SVB die in samenhang worden gerealiseerd. Het budgethoudersportaal beslaat zowel het financiële domein als het zorgdomein. De SVB blijft na de ingebruikname van het PGB2.0-systeem verantwoordelijk voor de uitbetalingen in het financiële domein van het systeem. De € 2,5 miljoen voor de SVB wordt besteed aan de ontwikkeling van het financiële domein en de aansluiting daarvan op het zorgdomein. Het gaat dus niet om een uitbreiding van taken van de SVB.

**Vraag 24:**

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de onderbesteding van de beschikbare middelen voor de subsidieregelingen 'opleiding tot verpleegkundig specialist/physician assistant' en 'opleidingsplaatsen jeugd-ggz'?

**Antwoord 24**

Vanuit de begroting worden drie subsidieregelingen gefinancierd voor medische vervolgoopleidingen. Het betreft de opleidingen tot Verpleegkundig Specialist (VS) of Physician Assistants (PA), de publieke gezondheidszorgopleidingen (jeugdarts, arts infectieziektenbestrijding, arts tbc-bestrijding en medisch milieukundige) en de opleiding in een jeugd ggz-instelling.

*Verpleegkundig specialisten of Physician Assistants*

Uit onderzoek van het KBA Nijmegen (2016) bleek dat er voor de aanvankelijk lagere instroom drie oorzaken waren: in een deel van de zorgorganisaties was geen behoefte aan meer Verpleegkundig Specialist of Physician Assistants dan er al zijn, er bestond onduidelijkheid over de gevolgen van de nieuwe bekostigingssystematiek en er was onduidelijkheid over de wijze waarop Verpleegkundig Specialist of Physician Assistants rendabel kunnen worden ingezet. De achterblijvende instroom was voor VWS aanleiding de ziekenhuizen te vragen voldoende stageplaatsen beschikbaar te stellen. In studiejaar 2013-2014 was er voor het eerst een aanzienlijke onderuitputting van de totaal beschikbaar opleidingsplaatsen. In de studiejaar daarop is er sprake van een voortzettende stijging van het aantal benutte opleidingsplaatsen van jaarlijks ongeveer 50 plaatsen. In studiejaar 2016-2017 is er sprake van een stijging van ruim 100 plaatsen. In studiejaar 2017-2018 is de gerealiseerde instroom 611 opleidingsplaatsen. Ook dit is een stijging vergeleken met het voorgaande studiejaar.

Omdat het relatief jonge beroepen betreft heb ik nog geen inzicht in de uitstroom van PA's en VS'en uit de zorg.

*Publieke gezondheidszorgopleidingen*

In de jaren 2012-2017 lag de instroom in de opleidingen voor publieke gezondheidszorg lager dan het advies van het Capaciteitsorgaan. Om aan de toekomstige vraag naar deze artsen voor de uitvoering van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Jeugdwet te kunnen blijven voldoen, rekening houdend met ondermeer de uitstroom uit de sector (bijvoorbeeld door pensionering), is samen met de sector een aantal maatregelen in voorbereiding om de instroom in de opleidingen te verhogen. In 2017 liet de instroom van artsen in opleiding (aios) in deze opleidingen overigens een stijging zien van 25%.

### *Opleiding in een jeugd ggz instelling*

Voor 2018 is voor de ggz-beroepen het maximum advies van het Capaciteitsorgaan gevolgd. Daarbovenop zijn nog eens 16 extra plekken verpleegkundig specialisten ggz beschikbaar gesteld. Bij de subsidieregeling opleidingen in een jeugd ggz-instelling gaat het om de reguliere opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, psychiater en psychotherapeut waarbij het praktijkdeel van de opleiding in een instelling wordt gelopen die alleen ggz-zorg verleent aan personen tot 18 jaar. Toen deze subsidieregeling tot stand werd gebracht, omdat deze instellingen niet in aanmerking konden komen voor een beschikbaarheidsbijdrage voor opleiden, werden de uitgaven geraamd op €1,5 mln. Nu blijkt echter dat er minder wordt opgeleid in een jeugd ggz instelling waardoor een deel van het budget niet wordt besteed. Overigens betekent dit niet vanzelf dat dit leidt tot tekorten in de jeugd ggz. Ook wanneer men het praktijkdeel in een instelling heeft gevolgd voor volwassen ggz, kan men na afronding van de opleiding ggz zorg aan jeugdigen bieden.

#### **Vraag 25:**

Is er over de afgelopen jaren, in de periode 2012-2017, een trend zichtbaar van een lagere instroom in de opleidingsplaatsen zorg en een toenemende uitstroom van zorgprofessionals?

#### **Antwoord 25:**

Zie het antwoord op vraag 24.

#### **Vraag 26**

Is een overzicht te geven van alle ICT-middelen die extra naar de SVB zijn gegaan in de afgelopen jaren in verband met de PGB-problematiek?

#### **Antwoord 26:**

Voor de ICT investeringen bij de SVB is in het voorjaar van 2017 € 3,5 miljoen (1<sup>e</sup> suppletoire wet) en in het najaar €2,5 miljoen (2<sup>e</sup> suppletoire wet) beschikbaar gesteld. In voorgaande jaren maakten de middelen voor de verbetering van het ICT-landschap deel uit van de totale SVB-begroting. In 2015 en 2016 zijn vanuit VWS geen extra ICT-middelen ter beschikking gesteld aan de SVB in verband met pgb-problematiek. Zie ook het antwoord op vraag 23.

#### **Vraag 27**

Waarom zijn er meer aanvragen Subsidieregeling Bijzondere transitiekosten Jeugdwet?

#### **Antwoord 27:**

De subsidieregeling Bijzondere Transitiekosten Jeugdwet loopt vanaf 1 januari 2015. Het totale budget was verdeeld over de jaren 2015 tot 2017 met het zwaartepunt in 2015.

In 2015 kwamen echter veel minder aanvragen binnen dan verwacht. Een groot deel van het budget bleef onbenut.

In 2017 worden de gevolgen van de transitie en de veranderingen binnen het zorglandschap meer zichtbaar en voor aanbieders daarmee ook meer voelbaar. Hierdoor zijn er meer aanvragen ingediend dan voor 2017 geraamd. Echter, het totale budget voor de regeling is nog niet overschreden en biedt nog (financiële) ruimte.

#### **Vraag 28**

Waarom zijn minder subsidiebedragen teruggevorderd dan geraamd? Op welke wijze zullen de subsidiebedragen alsnog worden teruggevorderd?

#### **Antwoord 28:**

De terug te vorderen subsidiebedragen zijn te hoog geraamd. Subsidiebedragen worden teruggevorderd als een gedeelte van de gesubsidieerde activiteiten niet wordt uitgevoerd. In 2016 is het grootste deel van de activiteiten uitgevoerd waardoor er minder subsidie wordt teruggevorderd.

**Vraag 29**

Waaruit bestaat de tegenvaller van €9,8 miljoen aan de Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein? Betekent dit dat de directie meer onkosten heeft gemaakt? Waarom kan voor deze projectdirectie nu al meerdere jaren op rij geen goede begroting opgesteld worden?

**Antwoord 29:**

De begroting van de Projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein (Pd-ALT) wordt gefinancierd vanuit beschikbare middelen op programma-artikelen en bij eerste en tweede suppletoire begroting worden de middelen naar het apparaatsartikel overgeheveld. In afwachting van definitieve besluitvorming met betrekking tot de verzelfstandiging van Intravacc (als onderdeel van dD-ALT) wordt jaarlijks een begroting vastgesteld met de noodzakelijke exploitatie- en verbouwkosten. Tevens is er over 2017 een exploitatietekort, welke enerzijds veroorzaakt wordt door diverse doorgeschoven betalingen van 2016 naar 2017 en anderzijds door tegenvallende ontvangsten van derden over 2017.

**Vraag 30**

Waarom heeft het ziekenhuis op Bonaire hogere uitgaven gemaakt dan vooraf geraamd?

**Antwoord 30:**

Deze verhoging van het budget betreft een nabetaling over 2016 in 2017. Deze nabetaling was oorspronkelijk niet geraamd voor 2017.

Het ziekenhuis op Bonaire en het Zorgverzekeringskantoor Caribisch Nederland (ZVK) zijn in de jaren 2014 tot en met 2016 niet tot overeenstemming gekomen over een nieuw zorgcontract. Het zorgverzekeringskantoor heeft in die jaren de druk op het ziekenhuis langzaam opgevoerd door het ziekenhuis op een minimaal niveau te bevoorschotten. Dit heeft als resultaat gehad dat er inmiddels begin 2017 een zorgcontract is getekend voor de jaren 2017 en 2018. Zoals in de toelichting bij deze mutatie is beschreven, is tijdens het afsluiten van het nieuwe contract tussen het ziekenhuis op Bonaire en het ZVK toegezegd dat zou worden bezien of een compensatie voor de te lage bevoorschotting in 2016 op zijn plaats is. Uit het in september 2017 ontvangen jaarverslag 2016 van het ziekenhuis, is gebleken dat het ziekenhuis € 5 miljoen te weinig heeft ontvangen over 2016. In de raming voor 2017 was deze nabetaling over 2016 niet voorzien. Dat er eens tot een nabetaling zou moeten worden overgegaan was wel voorzien, maar de omvang van de nabetaling en het jaar waarin dat zou moeten plaatsvinden was ongewis en met name afhankelijk van moment dat er overeenstemming zou zijn over een nieuw contract.

**Vraag 31**

Kan een overzicht worden gegeven van de verschillende meevallers op de VWS-begroting die gebruikt zijn om de taakstelling 2017 op de VWS-begroting van €36,8 miljoen in te vullen?

**Antwoord 31:**

Bij de tweede suppletoire wet 2017 is onder andere onderuitputting in beeld gebracht bij de volgende posten: meevallende uitgaven aan de subsidieregeling voor verwarde, onverzekerde personen doordat de subsidieregeling later in werking is getreden en het aantal aanvragen achterblijft bij de ramingen (€ 9,6 miljoen), hoger dan geraamde ontvangsten bij de directie Jeugd (€ 6 miljoen, dit betreft een incidentele ontvangst van de provincie Zuid-Holland), lager dan geraamde onderzoeks- en ICT-kosten bij de NZa (€ 5,8 miljoen), vertraging bij de besteding van middelen onder het Nationaal Programma Ouderenzorg (per saldo € 5,4 miljoen), ruimte bij de pensioenen en uitkeringen oorlogsgetroffenen en hiermee samenhangende lagere uitvoeringslasten (per saldo € 5,0 miljoen), ruimte als gevolg van niet benodigde middelen voor ZonMw-onderzoekprogramma's (€ 2,3 miljoen) en een groot aantal kleinere posten. Tegenover deze ruimte staan overigens ook meeruitgaven op andere posten.

**Vraag 32**

Wat is in 2017 het aandeel huishoudens dat zorgtoeslag ontvangt?

**Antwoord 32:**

Naar huidige inschatting zullen in 2017 circa 4,6 miljoen huishoudens zorgtoeslag ontvangen. Dat betreft circa 48% van de huishoudens in de definitie van de zorgtoeslag.

**Vraag 33**

Welk deel van het inkomen besteden mensen in 2017 aan de zorg? Welk deel van het inkomen besteden mensen in 2040 aan de zorg?

**Antwoord 33:**

In het antwoord op Kamervraag 581 bij de VWS begroting 2018 zijn de zorgkosten voor verschillende categorieën huishoudens voor 2017 becijferd. Daaruit blijkt dat een gemiddeld huishouden in 2017 rond de 20% van het bruto inkomen aan zorg besteedt.

Welk deel van hun inkomen huishoudens in 2040 aan zorgkosten besteden valt niet exact te bepalen. Als de zorguitgaven de komende jaren meer blijven groeien dan de inkomens zich ontwikkelen, dan zal het aandeel van het inkomen dat opgaat aan zorg ook toenemen. Ter indicatie, als de groei van de zorguitgaven jaarlijks 1,5% hoger ligt dan de ontwikkeling van de inkomens, dan stijgt het aandeel van hun brutoloon dat gezinnen aan zorg besteden van circa 20% naar circa 28%.

Totale zorgkosten in euro's per jaar en als percentage van het bruto inkomen

	Alleenstaand		Paar met kinderen	
	zorgkosten	kosten als % inkomen	zorgkosten	kosten als % inkomen
Minimumloon	€ 3.373	17%	€3.869	19%
Modaal	€ 7.659	21%	€ 9.048	24%
2 x modaal	€ 10.989	15%	€ 12.335	17%
3 x modaal	€ 12.650	11%	€ 13.996	13%

**Vraag 34**

Wat is de gemiddelde nominale premie die mensen in 2018 gaan betalen en in hoeverre wijkt deze af van de raming van de nominale premie door het ministerie van VWS?

**Antwoord 34:**

De gemiddelde nominale premie in 2018 wordt € 1.312. Dat is € 59 lager dan geraamd door VWS.

**Vraag 35**

Hoe komt het dat niet alle prijsbijstelling is uitgekeerd? Was de prijsbijstelling te hoog ingeschat of is er een andere reden?

**Antwoord 35:**

De prijsbijstelling is in de tweede suppletoire begroting toebedeeld aan de diverse instrumenten in de begroting (€ 10,2 miljoen) en is daarmee volledig uitgekeerd.

**Vraag 36**

Kan precies worden aangegeven hoe de verwachte onderschrijding van €2,4 miljard van het BKZ in 2017 is opgebouwd, in welke sectoren er sprake is van onderschrijding, hoe groot de onderschrijding is per sector en wat de oorzaken zijn?

**Antwoord 36:**

Zie het antwoord op vraag 9.

**Vraag 37**

Kan een uitsplitsing worden gegeven op welke onderdelen binnen het BKZ sprake is van een onderschrijding?

**Antwoord 37:**

Zie het antwoord op vraag 5.

**Vraag 38**

Klopt het dat er al jaren sprake is van een onderschrijding binnen de sector geneesmiddelen? Kan een overzicht gegeven worden van geraamde en gerealiseerde kosten voor geneesmiddelen van de laatste 10 jaar? Wat is de oorzaak van de verschillen tussen geraamde en gerealiseerde kosten? Welk aandeel in het verschil wordt veroorzaakt door een onvoldoende scherpe raming? Hoe kan de raming worden verbeterd?

**Antwoord 38:**

In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de raming van de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen in achtereenvolgende begrotingen en de voorlopige realisaties zoals opgenomen in de bijbehorende jaarverslagen.

Jaar	Stand begroting	Stand jaarverslag	Vershil
2007	4.990	5.020	30
2008	5.078	5.106	28
2009	5.327	5.150	-178
2010	5.522	5.215	-307
2011	5.671	5.238	-433
2012	5.391	4.681	-711
2013	5.411	4.323	-1.087
2014	5.088	4.318	-770
2015	4.717	4.490	-227
2016	4.599	4.640	41

Hierin valt op dat er tussen 2008 en 2013 sprake was van een forse toename van de onderschrijding binnen de sector geneesmiddelen tot meer dan € 1 miljard, maar ook dat dit bedrag sindsdien is teruggelopen tot een kleine opwaartse bijstelling in het meest recente jaarverslag, dat over het jaar 2016. Hierbij is echter wel van belang dat de sector geneesmiddelen ook in 2016 een verklaring biedt voor de onderschrijding van het BKZ in dat jaar, omdat onderschrijdingen van het kader berekend worden op basis van de stand in de startnota uit 2012 en niet de begroting voor het jaar 2016.

Het jaar 2017 is niet in de tabel opgenomen omdat het jaarverslag over dat jaar nog niet is verschenen. Zoals uit de toelichting in de 2<sup>e</sup> supplettoire begrotingswet 2017 valt op te maken, wordt voor dat jaar wel weer een forsere neerwaartse bijstelling verwacht.

De oorzaken voor de verschillen zijn zeer divers en daarom is ook niet aan te geven welk aandeel in het verschil wordt veroorzaakt door een onvoldoende scherpe raming. De cijfers geven in ieder geval aanleiding om te veronderstellen dat onder andere het preferentiebeleid en beheer door de zorgverzekeraars van de afgelopen jaren succesvol zijn geweest in het beperken van de groei van de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen.