

## Bijlage 1 - antwoorden

### **Het antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vragen van het Kamerlid Agema (PVV) over waarom we niet bulken van de IC-bedden, waarom er maar een handje vol IC-verpleegkundigen is bijgekomen en waarom de ventilatie en ziekenhuiscapaciteit niet op orde is?**

Het knelpunt bij de uitbreiding van de IC-capaciteit betreft niet de fysieke bedden of de beademingsapparatuur. Die kunnen zonder problemen worden uitgebreid. Ook over de bekostiging van IC-bedden zijn goede afspraken gemaakt met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Hiervoor heeft het kabinet circa € 500 miljoen beschikbaar gesteld. De mogelijkheden voor de uitbreiding van de IC-capaciteit worden echter begrensd door de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde en uitgeruste zorgprofessionals. Dat is de belangrijkste uitdaging op dit moment. Ziekenhuizen werken hard aan het realiseren van de verdere opschaling volgens het Opschalingsplan, inclusief het opleiden van extra IC-personeel. Goed opleiden vraagt echter om goede begeleiding en dat is lastig nu de druk op de ziekenhuizen en de IC's al zo lang zo hoog is.

Op verzoek van VWS werkt het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) nu aan een evaluatie en actualisatie van het Opschalingsplan. De voorzitters van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) hebben aangegeven dat er in de huidige situatie voor een piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar zijn. Vooral de personele kant is de beperkende factor bij de mogelijkheden om de capaciteit verder uit te breiden. Ik heb het LNAZ daarom gevraagd om te onderzoeken hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen. De resultaten van het onderzoek van het LNAZ verwacht ik een dezer dagen.

### **Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over een hetze tegen de ongevaccineerden en dat ongevaccineerden nergens binnenkomen terwijl gevaccineerden hun QR-code behouden terwijl ze positief getest worden.**

De keuze om je wel of niet te laten vaccineren is een vrijwillige en persoonlijke afweging. Deze keuze brengt wel verantwoordelijkheden met zich mee vanwege de consequenties voor gezondheid en gezondheidszorg – ook voor niet-gerelateerde COVID-zorg – van en voor velen. Uit onderzoek blijkt dat mensen die antistoffen hebben tegen COVID-19 – door volledige vaccinatie of een doorgemaakte infectie – aanzienlijk minder risico lopen om ziek te worden van het virus en/of om het virus over te dragen. Vaccineren heeft dus zin voor jezelf, omdat je minder ziek wordt, en voor de ander (en daarmee de volksgezondheid), omdat je anderen minder snel besmet met het virus.

Automatisch intrekken van coronatoegangsbewijzen in geval van een positieve test kan niet. Dat is het gevolg van de ontwerpkeuzes van de app, waarbij gegevensbescherming een belangrijk uitgangspunt is. Een coronatoegangsbewijs zegt namelijk iets over de medische status van de persoon die het bewijs toont. Aangezien de regel is dat iemand met een positieve testuitslag (gevaccineerd of ongevaccineerd) thuis in isolatie gaat, is het natuurlijk niet de bedoeling om dan de QR-code te gebruiken voor toegang. Daarmee kan je iemand anders in gevaar brengen.

### **Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over onrust naar aanleiding van de**

### **beantwoording van een eerdere begrotingsvraag over maximale IC-capaciteit.**

Op verzoek van de toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in de zomer van 2020 het IC-Opschalingsplan opgesteld. Daarin werd aangegeven dat een vaste uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.350 IC-bedden mogelijk was en aanvullend een flexibele opschaling van de capaciteit tot 1.700 IC-bedden. In het Opschalingsplan is een crisisratio van één verpleegkundige op drie patiënten als mogelijke (nood)maatregel genoemd. In een dergelijke situatie zouden dan geen extra IC-verpleegkundigen nodig zijn gegeven het aantal van 1700 IC-bedden. Maar dit is vanwege de werkdruk voor de verpleegkundigen geen wenselijk en houdbaar scenario, zoals in het antwoord op begrotingsvraag 629 is aangegeven. Een situatie met een lagere ratio van één verpleegkundige op twee patiënten is werkbaarder en houdbaar, maar leidt tot minder opschalingsmogelijkheden qua IC-capaciteit.

Op verzoek van VWS werkt het LNAZ nu aan een evaluatie en actualisatie van het Opschalingsplan. In het kader van deze exercitie hebben de voorzitters van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) bij het LNAZ aangegeven dat er in de huidige situatie voor een korte piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar kunnen worden gemaakt. Vooral de personele kant is de beperkende factor bij de mogelijkheden om de capaciteit verder uit te breiden. Ik heb het LNAZ daarom gevraagd om te onderzoeken hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen. De resultaten van het onderzoek van het LNAZ verwacht ik een dezer dagen.

### **Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de piek in besmettingen gezien de grote groep mensen die gevaccineerd of van corona hersteld is.**

Het OMT geeft in zijn meest recente advies van 11 oktober jl. (OMT 127, Kenmerk 2021D38252, bijlage bij Kamerstuk 25295, nr. 1464) aan dat de scenario's die uitgaan van een toename van contacten door versoepelingen, een toename laten zien met een hogere piek (maximum in januari) in IC-opnames en -bezetting (alsook ziekenhuisopnames en bedbezetting) dan eerder werd verwacht. Er is daarbij gekeken welk deel van de bevolking gevaccineerd is of een coronabesmetting heeft doorgemaakt (circa 80%) en welk deel nog vatbaar is voor infectie (31%; omdat na aftrek van gevaccineerde personen die na blootstelling aan deltavirus toch ziek worden, 69% beschermd is tegen infectie, en 78% tegen ernstige ziekte en ziekenhuisopname). Hierin is ook rekening gehouden met de vaccineffectiviteit tegen infectie door de deltavariant. De orde van grootte van het aantal personen voor wie vanwege SARS-CoV-2-infectie opname in een ziekenhuis nodig zal zijn, is geschat op ruim 23 duizend, en het aantal mensen waarvoor IC-opname nodig is vanwege COVID-19, wordt geschat op ongeveer 4,8 duizend. Dat is nog steeds een aanzienlijke groep. Daarbij is de vaccinatiegraad niet overal in Nederland en niet in elke leeftijdsgroep even hoog, en dat betekent dat de bescherming tegen het virus ook niet overal voldoende is.

Eerder heeft het OMT in zijn advies van 11 augustus een grove schatting (circa 1,8 miljoen destijds) gegeven van het aantal mensen dat niet-gevaccineerd en niet-immuun (ten gevolge van een natuurlijk doorgemaakte infectie) is. Daarnaast is er een groep mensen die wel is gevaccineerd, maar toch niet beschermd blijken te zijn tegen ziekenhuisopname (circa 0,6 mln mensen).

De ongelijke en onvoldoende bescherming zien we terug in de cijfers. Op 14 oktober meldde het RIVM dat 4 op de 5 COVID-19-patiënten op de intensive care

niet is gevaccineerd tegen het coronavirus. Voor ziekenhuisopnamen was dit ongeveer 3 op de 4. Het RIVM geeft aan dat de kans om als volledig gevaccineerde door COVID-19 op de intensive care terecht te komen 33 keer kleiner is dan voor niet-gevaccineerden.

Het OMT geeft aan dat de modellering nog grote onzekerheden kent waarbij ook een forse toename van ziekenhuis- en IC-opnames niet uitgesloten is. Het OMT komt donderdag aanstaande bijeen en zal dan op basis van een actuele modellering inzicht geven in de meest actuele prognoses van de ziekenhuis- en IC opnames in de komende periode. Het advies van het OMT zal ik uw Kamer dinsdag 2 november toesturen. Aansluitend heeft u de gelegenheid toelichting te ontvangen in de vorm van een technische briefing van de voorzitter van het OMT als u dat op prijs stelt.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over een reactie van de minister op het plan van de PVV om de zorg toekomstbestendig te maken.**

Zorg gaat iedereen aan. Iedere dag dragen duizenden zorgprofessionals met hun kennis en toewijding bij aan de kwaliteit van leven van mensen en hun omgeving. Tegelijkertijd maken veel mensen zich zorgen of de zorg die zij nodig hebben er wel is en of zij die kunnen betalen. Daar maken we werk van. Via diverse maatregelen wordt geïnvesteerd in het toekomstbestendig maken van de zorg. Via het programma (Ont)Regel de Zorg wordt ingezet op het terugdringen van de administratieve lasten en het zo laag mogelijk houden van de overhead. Mooie voorbeelden voor de verpleeghuiszorg zijn hierbij de programma's KIK-V en InZicht waar door het standaardiseren en automatiseren van gegevensuitwisseling minder tijd aan administratieve handelingen hoeft te worden besteed. Maar ook bijvoorbeeld experimenten rondom het anders verantwoorden van zorg behoren tot de aanpak. Hoewel hier de afgelopen periode al mooie resultaten mee zijn bereikt, delen we de mening dat er nog veel te doen is. Over de gehele breedte moeten zorgverleners een substantiële afname van de regeldruk ervaren. Ook de komende periode blijft dit dus aandacht vragen, van VWS én van alle betrokken partijen. Daarnaast is het stimuleren van meer uren werken voor wie dat wil is al expliciet onderdeel van het huidige brede pakket om werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Het kabinet ondersteunt hiervoor de Stichting Het Potentieel Pakken. Het is bekend dat medewerkers vaak wel meer uren willen werken, maar daarin gehinderd worden door bijvoorbeeld roostering. Het Potentieel Pakken helpt zorgorganisaties bij het aanpakken van dergelijke belemmeringen. In de brief van 25 oktober (Kamerstukken 2021/22, 2021Z18439) zijn met u de eerste resultaten van het werk van de stichting gedeeld. Het advies van het College voor de Rechten van de Mens over het instellen van een mogelijke voltijdbonus hebben we vandaag ontvangen, en zal op korte termijn met uw Kamer worden gedeeld. Over uw voorstel om de grens van de toeslagen te verhogen het volgende: hoewel een verlies aan toeslagen een gevolg kan zijn van meer uren werken, levert meer uren werken uiteindelijk wel meer inkomen op. Een aanpassing van de toeslagen op dit punt kan niet worden beperkt tot alleen zorgmedewerkers, maar zou voor alle werknemers in Nederland moeten gaan gelden. Daarmee zou een dergelijke aanpassing al snel vele miljarden kosten. In het rapport "Alternatieven voor het Toeslagenstelsel" en in de IBO's heeft dit kabinet gekeken op welke wijze het toeslagstelsel kan worden aangepast. Hierbij is ook gekeken hoe de regelingen meer generiek en minder inkomensafhankelijk gemaakt kunnen worden. Het is echter aan een volgend kabinet om te beslissen hoe de toekomst van het toeslagenstelsel eruitziet.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over wat de bestuurlijke akkoorden waard zijn voor de ouderen die de komende 20 jaar gewoonweg een dak boven hun hoofd nodig hebben.**

Wonen, in samenhang met zorg, in algemene zin, en voor ouderen in het bijzonder, is een van de meest urgente vraagstukken op dit moment. Die urgentie wordt breed gedeeld. Met de bestuurlijke afspraken van 8 april 2021 hebben alle betrokken partijen (VNG, ZN, ActiZ, Aedes, en de ministeries van BZK en VWS) zich geschaard achter de ambities om de uitdagingen ten aanzien van de ouderenhuisvesting te lijf te gaan. In de afspraken is geformuleerd wat van de verschillende partijen wordt gevraagd om deze ambitie te realiseren en dit is daarmee een belangrijke maatschappelijke opgave voor een volgend kabinet.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over mensen die corona hebben gehad en soms nog lang last houden van de gevolgen van deze akelige ziekte: vermoeidheid, slechte conditie, kortademigheid, slecht geheugen. Hoe kunnen wij zorgen dat we deze mensen voldoende helpen?**

In de kamerbrief d.d. 20 september 2021 (kamerstukken 2021/22, 25 295, nr. 1453) heb ik aangegeven welke activiteiten en inzet het kabinet pleegt, gericht op onderzoek, het ondersteuningsaanbod en ondersteuning bij werk.

In het kader van onderzoek heb ik € 7,8 miljoen beschikbaar gesteld voor onderzoek naar de aanhoudende klachten en effectieve herstelzorg. De tijdelijke regeling voor paramedische herstelzorg na COVID-19 is verlengd tot 1 augustus 2022. Er wordt ook gewerkt aan het ontwikkelen van een multidisciplinaire richtlijn COVID-19 nazorg.

Op dit moment is er voor patiënten met aanhoudende klachten specifieke ondersteuning via C-support en spreek ik met patiënten- en gehandicaptenorganisaties over de extra ondersteuning aan patiënten om versnippering tegen te gaan en lotgenotencontact meer te centraliseren en te verbeteren. Ook is er vanuit het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid extra inspanning op het gebied van ondersteuning bij werk, zoals de subsidie voor het programma "COVID-19 en werk" van de Stichting Centrum Werk Gezondheid (CWG).

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over dat we zelf meer strategische voorraden hulp- en geneesmiddelen moeten hebben, we moeten kijken hoe organisaties flexibeler kunnen reageren op een crisis en welk plan het kabinet heeft voor de GGD GHOR en veiligheidsregio's in dat kader.**

In navolging van de lessen die we uit de coronapandemie trekken, werkt het kabinet aan opgaves die bijdragen aan versterken van de publieke gezondheid en structurele weerbaarheid van de zorg. Het kabinet zet daarom onder andere in op het versterken van de leveringszekerheid van medische producten. Hierover zal uw Kamer binnenkort een stand van zakenbrief ontvangen. Daarnaast werken we voor toekomstige pandemieën met veldpartijen aan een ijzeren voorraad persoonlijke beschermingsmiddelen. Dit doen we door het zogenaamde 'dijken'-model uit te werken en te implementeren (Zie ook Kamerstuk 2020/21, 32805, nr. 114). Ook is het belangrijk dat organisaties flexibeler kunnen reageren op een crisis. Het versterken van de GGD'en en de vorming van de landelijke functionaliteit die de opschaling van de uitvoering ondersteunt, vormen dan ook

belangrijke onderdelen van de pandemische paraatheid. Hierbij wordt ook naar de relatie met de taken van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR) gekeken in afstemming met het ministerie van Justitie en Veiligheid en de veiligheidsregio's. In de beleidsbrief die u eind dit jaar ontvangt, zal op deze punten worden ingegaan. De verdere uitwerking hiervan en besluitvorming hierover is aan een volgend kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over wanneer het kabinet met een totaalplan komt om klaar te zijn voor een toekomstige pandemie?**

In de toekomst moeten we beter klaarstaan en wendbaarder zijn om zo bij een uitbraak sneller te kunnen acteren en te kunnen opschalen. Tegen deze achtergrond heb ik in mijn brief van 18 juni jl. (Kamerstukken 2020/21, 25 295, nr. 1297) toegezegd dat er eind 2021 een beleidsagenda pandemische paraatheid op hoofdlijnen wordt toegestuurd. In deze agenda zullen we uitwerken wat we kunnen doen om onze pandemische paraatheid te vergroten. In de stand-van-zakenbrief COVID19 van 18 juni<sup>1</sup> zijn al de belangrijkste elementen geschetst voor de pandemische paraatheid. Drie kerndoelen zijn de versterking van de publieke gezondheid, met name infectieziektebestrijding, opschaalbare zorg en leveringszekerheid van medische hulpmiddelen en medicijnen. Als rode draden spelen hier doorheen betere sturing en regie, betere data-/informatie-uitwisseling, inzet op internationale samenwerking en investeren in kennis en innovatie. In navolging van de brief eind dit jaar zal het nieuwe kabinet besluiten nemen over de verdere invulling en uitvoering van deze beleidslijnen. U zult daarover nader worden geïnformeerd.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over welke lessen we kunnen leren voor de toelating van geneesmiddelen en vaccins en hoe we de doorlooptijd van nu gemiddeld 510 dagen op een veilige manier kunnen verkorten.**

Ik ga eerst in op welke lessen we kunnen leren over de toelating van geneesmiddelen en vaccins vanuit de COVID-19-crisis. Bij de beoordeling van COVID-19-vaccins en -geneesmiddelen is de mogelijkheid van doorlopende beoordelingen, de zogenaamde 'rolling reviews', toegepast. Hierbij dient een fabrikant al tijdens het klinisch onderzoek gefaseerd resultaten in bij het Europees Medicijn Agentschap (EMA) en start het EMA nog lopende dit onderzoek de beoordeling. Hierdoor kan de formele procedure voor markttoelating versneld worden afgerond. De vereisten voor de kwaliteit, veiligheid en werkzaamheid van een geneesmiddel blijven hierbij gelijk ten opzichte van een 'gewone' procedure voor markttoelating. Wel heeft de inzet van de zogenaamde 'rolling reviews' een enorm grote impact op de benodigde capaciteit van de registratieautoriteiten die de beoordeling uitvoeren. Daarom is mijn inzet dat deze procedure alleen gevolgd wordt in een gezondheidscrisis.

Buiten een gezondheidscrisis bestaan reeds diverse mogelijkheden om de ontwikkel- en beoordelingstijd te versnellen voor veelbelovende geneesmiddelen waar een grote behoefte aan is. Een mogelijkheid is het PRIME (*Priority Medicine*)-initiatief van de EMA, waarbij gedurende de ontwikkeling reeds veelvuldig contact is tussen de fabrikant en de registratieautoriteiten. Een andere mogelijkheid is de versnelde beoordeling, de zogenaamde 'accelerated assessment', waarbij de fabrikant een volledig registratiedossier indient. Dit dossier wordt vervolgens door de registratieautoriteiten versneld beoordeeld.

Vervolgens ga ik in op de vraag hoe de doorlooptijd van geneesmiddelen op een veilige manier verkort kan worden. Ik ben het ermee eens dat de doorlooptijden zo kort mogelijk moeten zijn. Het getal van de 510 dagen komt voort uit een bericht van de branchevereniging van geneesmiddelenfabrikanten en gaat over slechts één jaar, namelijk 2019. Gemiddeld duurt een sluisperiode (de tijd tussen markttoelating en pakketopname voor dure intramurale geneesmiddelen) echter iets meer dan een jaar. Bij intramurale geneesmiddelen wordt het overgrote deel direct in het verzekerde pakket opgenomen zonder toets of onderhandeling vooraf. De patiënt heeft daar dus direct baat bij. Bij extramurale geneesmiddelen voert het Zorginstituut eerst een pakketbeoordeling uit, waarna middelen in het pakket worden opgenomen. De doorlooptijd van deze procedure is zo kort mogelijk. Een fractie van de nieuwe middelen is zo duur dat daar eerst vanuit het ministerie van VWS over onderhandeld moet worden. In beide gevallen bekijkt het Zorginstituut wat de toegevoegde waarde van een middel is binnen het bestaande behandelarsenaal en of dit in verhouding staat tot de prijs die de fabrikant ervoor vraagt. Dit is ook voor de patiënt en behandelaar van belang: zo komen we te weten of patiënten ook echt gebaat zijn bij een middel en op welke manier behandelaren het middel het beste kunnen inzetten.

Snelle toegang kan niet tegen elke prijs. Ook de fabrikant heeft een rol in het minimaliseren van doorlooptijden. Duidelijk wordt dat fabrikanten steeds meer tijd nodig hebben om een volledig dossier in te leveren en om tussentijdse vragen van het Zorginstituut te beantwoorden. Ik doe dan ook een beroep op hen om de doorlooptijden zo kort mogelijk te maken.

Ik blijf mij uiteraard inzetten om doorlooptijden zo kort mogelijk te houden. Dit doe ik samen met het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft hiertoe een aantal organisatorische aanpassingen gedaan, dat zijn vruchten al lijkt af te werpen. Ook kijken wij gezamenlijk eerder vooruit om te bepalen welke soorten middelen mogelijk tot een knelpunt in de beoordeling kunnen leiden, zodat hier vroegtijdig op geanticipeerd kan worden. Verder voeren het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Zorginstituut in een pilot parallelle beoordelingen uit, waarbij al tijdens de markttoelatingsfase een pakketbeoordeling wordt gedaan. Dan kan zeer snel na de markttoelating ook een vergoedingsbeslissing worden genomen. Daarnaast wordt overlegd met wetenschappelijke verenigingen om te bezien of richtlijnactualisatie (het opnemen van nieuwe middelen in de richtlijnen) versneld kan worden. Daarnaast voer ik met fabrikanten en patiënten gesprekken om, overeenkomstig de motie Den Haan (Kamerstuk 2020/21, 32 805, nr. 114), knelpunten in de snelle toegang tot geneesmiddelen te inventariseren.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over wat de minister gaat doen met de noodkreet van de WRR, die niet vraagt om een actieplan, maar om een coherente, stevige crisisaanpak, aangezien bij ongewijzigd beleid in 2040 een op de vier mensen in de zorg moeten werken om in de toenemende zorgvraag te voorzien.**

In de nota Zorg voor de Toekomst heb ik aangegeven dat de noodzakelijke en urgente transformatie vormt moet krijgen langs de lijnen (i) preventie en gezondheid; (ii) organisatie en regie; (iii) binden en boeien van medewerkers en innovatie. Recent zijn ook verschillende nuttige adviezen verschenen over de krapte op de arbeidsmarkt. Het gaat over rapporten van onder andere de Sociaal-Economische Raad (SER), de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid en de Commissie Werken in de Zorg. Uit deze rapporten komt een rode draad met herkenbare aandachtspunten naar voren, zoals focus op behoud, aandacht voor zeggenschap, verhogen van de deeltijdfactor en sociale en technologische

innovatie. Deze aandachtspunten worden gedeeld door de meeste partijen in de Tweede Kamer. Er ligt dan ook voldoende input voor een volgend kabinet om voortvarend mee aan de slag te gaan. In de reactie op het SER-advies 'Aan de slag voor de zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt' dat ik u op 3 september 2021 toestuurde (Kamerstukken 2020/2021, 29 282, nr. 443), zijn ook al verschillende opties voor een vervolg geschetst. Zoals ook in de reactie op het SER-rapport staat verwoord, is de precieze inhoud en vormgeving van een vervolg op het actieprogramma Werken in de Zorg aan een nieuw kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over wat het kabinet gaat doen om de arbeidsbesparende innovaties in te voeren?**

Om te kunnen voldoen aan de toenemende zorgvraag binnen de huidige krappe arbeidsmarkt, is het van belang om naar arbeidsbesparende innovaties te kijken. Op 12 juli 2021 is het onderzoeksrapport naar tijdbesparende technologieën in de ouderenzorg met u gedeeld (Kamerstukken 2020/2021, 27529 nr. 266). Dit rapport bevat een aantal concrete arbeidsbesparende innovaties. Deze innovaties kunnen bijdragen aan arbeidsbesparing als ze goed zijn geïmplementeerd en de werkprocessen zo zijn aangepast dat ze aansluiten bij de zorgvraag en de kennis en kunde van de zorgprofessionals en de zorgorganisatie als geheel. Ook de website Zorg van Nu bevat veel mooie en concrete voorbeelden van arbeidsbesparende innovaties. VWS heeft als rol om zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgprofessionals en cliëntenorganisaties zoveel mogelijk te stimuleren om gebruik te maken van innovaties waar deze arbeid besparen, de kwaliteit van leven verhogen en/of het werkplezier doen toenemen. We doen hier al veel op, maar er kan nog meer. Daarvoor verwijs ik graag naar de recent verstuurde reactie op de motie-De Vries (Kamerstukken 2020/21, 31 765, nr. 592).

De bedrijfseconomische en organisatiekundige uitdagingen, waaronder bewustwording bij bestuurders en de noodzaak om ex ante te investeren terwijl de baten elders kunnen vallen, zijn vertragende factoren bij een succesvolle implementatie en transformatie van innovatieve toepassingen in de zorg. Het afgelopen jaar konden zorginstellingen via Zorgvoorinnoveren ondersteuning krijgen van een implementatie- en opschalingscoach. Een vervolg van de regeling laat ik aan een volgend kabinet. Daarnaast zijn deze kabinetsperiode transitiemiddelen voor verpleeghuiszorg (totaal € 200 mln.) en transformatiegelden voor de medisch specialistische zorg (totaal € 425 mln.) beschikbaar gesteld om financiële knelpunten op het gebied van personeel, technologie en vastgoed weg te nemen. Op onderdelen heeft dit goed gewerkt, maar besluitvorming over voortzetting is aan een volgend kabinet.

Het is de komende periode van belang om de eerdergenoemde partijen actief te bewegen om aan de slag te gaan met arbeidsbesparende technologie en de opschaling ter hand te nemen. Zoals ik in mijn reactie op het SER-advies 'Aan de slag voor de zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt' heb aangegeven, adviseer ik een volgend kabinet om dit thema ook expliciet mee te nemen in het vervolg van het actieprogramma Werken in de Zorg.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over wat het kabinet doet met de aanbevelingen van Gupta Strategists.**

Het rapport van Gupta Strategics bevat aanknopingspunten om de transformatie en implementatie van innovaties te versnellen. Op korte termijn staat daarom een gesprek gepland met de medewerkers van het ministerie van VWS en de

onderzoekers van Gupta Strategics om verder door te spreken over hun aanbevelingen. Gupta Strategics adviseert onder andere om arbeidsproductiviteitsverhoging expliciet als doelstelling te maken in toekomstig overheidsbeleid. Zoals ik (de minister van VWS) in mijn reactie op het SER-advies 'Aan de slag voor de zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt' (Kamerstukken 2020/21, 29 282, nr. 443) heb aangegeven, adviseer ik een volgend kabinet om het thema anders werken en arbeidsbesparende technologie ook expliciet mee te nemen in het vervolg van actieprogramma Werken in de Zorg. Het rapport van Gupta Strategics en het ingeplande gesprek met hen kunnen daarbij van pas komen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over het opleggen van extra regels aan de eerstelijnszorg in het kader van de jaarverantwoordingsplicht.**

Zowel de Tweede Kamer als de Eerste Kamer zijn in 2020 tijdens de wetbehandeling van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza) unaniem akkoord gegaan met de verantwoordingsplicht, ook voor kleine zorgaanbieders.

Het doel van de verantwoordingsplicht is een maatschappelijke verantwoording voor de besteding van collectieve middelen. De openbare jaarverantwoording wordt ook gebruikt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) om risicogestuurd toezicht te kunnen houden.

Hierbij streef ik naar een verantwoording met zo beperkt mogelijk administratieve lasten. De Regeling openbare jaarverantwoording Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) is na overleg met eerstelijnsparijen ten opzichte van de concept-regeling zodanig aangepast dat de administratieve lasten voor alle zorgaanbieders fors zijn verminderd. Zo is de financiële verantwoording voor eenmanszaken beperkt tot een gering aantal financiële ratio's. Aanbieders met een omzet van minder dan € 12 miljoen zijn vrijgesteld van een accountantsverklaring en de openbare vragenlijst is voor alle aanbieders teruggebracht tot een minimale basisset.

Hiermee is de regeldruk tot een minimum teruggebracht. In tijdsbesteding kost de openbare jaarverantwoording kleine zorgaanbieders volgens de methodiek die ook het Adviescollege toetsing regeldruk (Atr) gebruikt in totaal minder dan twee uur per jaar. Voor alle zorgaanbieders is nu zoveel mogelijk aangesloten bij de al bestaande verplichtingen op grond van het Burgerlijk Wetboek. Voor de huidige verantwoordingsplichtigen neemt hierdoor de totale regeldruk af. De regeldruk voor de doelgroep van zorgaanbieders waarvoor de jaarverantwoording nieuw is neemt toe, zij het beperkt.

De openbare jaarverantwoordingsplicht vraagt voor de sectoren van zorgaanbieders waarvoor deze verplichting nieuw is, zoals de eerstelijnszorg, gewenning. Daarom zal ik een vinger aan de pols houden als het gaat om de uitvoerbaarheid en werkbaarheid van de openbare jaarverantwoording.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over welke belemmeringen en knelpunten er zijn voor zorgverzekeraars om meer te doen aan preventie en hoe we die kunnen oplossen?**

Het vraagstuk van belemmeringen en knelpunten voor verzekeraars om meer te doen aan preventie heeft al langere tijd de aandacht van het kabinet. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn onderdeel van het basispakket, en

dus verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Selectieve preventie is geen onderdeel van het basispakket. Dit is namelijk een vorm van collectieve preventie en daarmee verantwoordelijkheid van de gemeente. Daardoor kunnen zorgverzekeraars hierin niet vanuit middelen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) investeren (wel uit eigen middelen, om op die manier kosten te besparen binnen de Zvw). Ook is de samenwerking met gemeenten op het grensvlak van selectieve en geïndiceerde preventie niet vanzelfsprekend waardoor preventief aanbod niet goed van de grond komt. Daarom wordt in de brief van 7 juli jl. (Kamerstuk 2020/2021, 32 793, nr. 558) over de bouwstenen voor een fundament onder toekomstig preventiebeleid gesproken over een verduidelijking van wettelijke taken voor de gemeenten om tot samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars te komen. Zorgverzekeraars dienen hierbij ook met gemeenten samen te werken. Keuzes hierover zijn aan een volgend kabinet. Hiermee wordt beoogd een duurzame preventie infrastructuur tot stand te brengen. Daarnaast lopen vanuit het VWS-programma Preventie in het Zorgstelsel, dat sinds 2016 bestaat, diverse acties om de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het gebied van preventie te stimuleren. Uw Kamer heeft een stand van zaken van deze acties ontvangen in de brief van 9 juli jl. (Kamerstuk 2020/2021, 32 793, nr. 562).

Verder is het niet altijd duidelijk genoeg welke onderdelen van preventieve interventies zorgverzekeraars wel en niet mogen financieren. VWS voert een verkenning uit naar de wenselijkheid en haalbaarheid van experimenteerruimte voor zorgverzekeraars voor nieuwe kansrijke interventies op het snijvlak van selectieve en geïndiceerde preventie. Over de uitkomsten hiervan en of er nog andere maatregelen nodig en mogelijk zijn om de prikkels voor zorgverzekeraars om te investeren in preventie te versterken, wordt u in het voorjaar van 2022 nader geïnformeerd.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over of er een evaluatie beschikbaar is van de pilots met langere huisartsenconsulten. Hoe kijkt de minister aan tegen de voordelen van een langer consult?**

Ik deel de zienswijze dat we moeten leren van goede voorbeelden, zodat deze breder kunnen worden ingezet. Het langer huisartsenconsult is daar één van. Er loopt nu een evaluatie naar zeven door zorgverzekeraars gefinancierde 'meer tijd voor de patiënt'-projecten. Met de uitkomsten daarvan wordt in een aantal regio's een versnellingstraject gestart, in samenwerking met partijen van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg.

Een langer consult kan betere, doelmatige zorg opleveren, maar of het minder zorgkosten oplevert is nog niet eenduidig te beantwoorden. Dit hangt vaak af van de mate waarin de hogere kosten vanwege extra personeelsinzet in de huisartsenpraktijk leiden tot lagere kosten in de tweede lijn of andere sectoren. Bovendien berust een langer consult op de beschikbaarheid van extra personeel in de huisartsenpraktijk, waarvan we nu al zien dat het in bepaalde regio's knelt.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over dat naar schatting een derde van al het medisch hulpmateriaal ongebruikt wordt weggegooid. Wat gaat de minister extra doen om verspilling te voorkomen?**

Er zijn meerdere redenen voor verspilling van medisch hulpmateriaal en ook meerdere oplossingsrichtingen, waaronder voorschrijfgedrag, verpakkingsgrootte of kwaliteitseisen. Hergebruik van medische hulpmiddelen, het aanpassen van

voorschrijfgedrag of verpakkingsgroottes krijgt daarom veel aandacht om zo verspilling te voorkomen. Zo faciliteert de NEN de dialoog tussen fabrikanten, leveranciers en gebruikers (zorgprofessionals) om te komen tot afspraken over het hergebruik, rekening houdend met dezelfde kwaliteit. Het blijft hierbij alleen de vraag of het hergebruik van uitgegeven hulpmiddelen veilig is. Zo vindt er momenteel vanuit het Erasmus MC onderzoek plaats of het hergebruik van katheters net zo veilig is als het gebruik van eenmalige katheters. Ik volg al deze initiatieven nauwlettend en zal waar mogelijk een actieve rol pakken om verspilling te voorkomen. Zo is er de Green Deal Duurzame zorg, waarbij het ministerie van VWS de zorg ondersteunt bij de vraagstukken rondom verduurzaming. Het bevorderen van circulair werken door het agenderen en stimuleren van de dialoog en onderzoek op onder meer het inkoopvraagstuk is hier onderdeel van. Daarnaast zal ik eventuele belemmeringen in randvoorwaarden en kaders vanuit wet- en regelgeving, maar ook belemmeringen als gevolg van richtlijnen door het zorgveld, bespreekbaar maken en waar mogelijk wegnemen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over hoe de minister het advies van de WRR gaat oppakken over het niet vergoeden van niet-passende zorg en het rekening houden met medisch gezien de beste uitkomsten voor de patiënt.**

De WRR adviseert om in alle sectoren de (kosten)effectiviteit van de bestaande zorg te onderzoeken en doorzettingsmacht te gebruiken om te stoppen met het vergoeden van niet-passende zorg. Het is aan een volgend kabinet om inhoudelijk te reageren op de aanbevelingen van de WRR. Het is niet opportuun daar nu, op onderdelen, al op vooruit te lopen.

Tegelijkertijd hebben we de afgelopen jaren al stappen gezet. Er zijn programma's opgezet samen met het veld specifiek gericht op het bevorderen van gepast gebruik en kwaliteit van zorg, waaronder de programma's Uitkomstgerichte Zorg, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en verschillende ZonMw-programma's. In deze programma's ligt de focus op het verbeteren van de kwaliteit van zorg door middel van kennis over de effectiviteit en relevante uitkomsten waarmee gewerkt wordt aan het stoppen met vergoeden van niet-passende zorg en waarmee rekening wordt gehouden met wat medisch gezien de beste uitkomst voor patiënt is.

Ook de overheid heeft hierbij een rol. Waaronder het scheppen van de juiste randvoorwaarden om implementatie te bevorderen. Daar hebben het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ook (wettelijke) taken in. Ikzelf ben samen met deze partijen en het veld bezig met de praktische uitwerking hoe we de volgende stap kunnen zetten en welke (wettelijke) instrumenten daarvoor nodig zijn.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over de reikwijdte van het pakketbeheer naar aanleiding van de stellingname van de WRR dat van bepaalde behandelingen nooit overtuigend is vastgesteld of bewezen of deze effectief en kosteneffectief zijn. Gaat de minister de verbreding van de reikwijdte van het pakketbeheer ook oppakken en voorbereiden?**

De WRR adviseert om op meer onderdelen van de zorg de effectiviteit van behandelingen expliciet te beoordelen. Dat zou betekenen dat een groter deel van de nieuwe zorg via een meer gesloten pakket zou moeten lopen. Het is aan een

volgend kabinet om inhoudelijk te reageren op de aanbevelingen van de WRR. Het is niet opportuun daar nu, op onderdelen, al op vooruit te lopen.

In voorbereiding op keuzes die een nieuw kabinet moet maken, wordt gekeken hoe de instrumenten van het Zorginstituut effectief ingezet kunnen worden. Het vraagstuk van effectieve zorg is daarbij een belangrijke pijler, waarbij overigens geldt dat niet alle niet-effectieve zorg slechte zorg is.

Het Zorginstituut herziet bijvoorbeeld op dit moment haar werkwijze van het beoordelen van zorg, waarbij ze meer wil gaan agenderen wat maatschappelijke impact heeft. Dit beschrijven het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in het advies 'Passende Zorg' en is in lijn met het WRR-rapport. Overigens adviseert en beoordeelt het Zorginstituut ook over zorg binnen de Wet langdurige zorg. Het is wel zo dat de nadruk ligt op de curatieve zorg en dan met name op de beoordeling van dure geneesmiddelen. Dat is het gevolg van het toenemend aantal dure geneesmiddelen waarvan vaak de kosteneffectiviteit onduidelijk is.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over de externe review op het verbeterplan financieel beheer.**

De externe review van KPMG is bij de Kamerbrief Voortgang financieel beheer ministerie van VWS' (kenmerk 3273830-1017501-FEZ) d.d. 26 oktober 2021 gevoegd. Het VWS-programmateam heeft de inrichting van het programma aangescherpt naar de projecten 'herstel', 'kraan dicht' en 'structurele borging'. De invulling van de genoemde projecten is toegelicht in deze brief. De externe review heeft met name betrekking op de structurele borging en vormt een belangrijke basis voor de manier waarop het programmateam invulling geeft aan het verbeterplan dat is opgesteld naar aanleiding van de bevindingen bij het jaarplan 2020.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid De Vries (VVD) over een ALS-patiënt die te maken had met 3 zorgwetten, de Zorgverzekeringswet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Wet Langdurige Zorg en daar zo'n beetje tussen werd vermalen. Welke vorm van zorg of ondersteuning in welke wet thuishoort, moet een patiënt geen last van hebben, daarvoor is de tijd veel te kostbaar. Die patiënt moet bij vragen bij één loket terecht kunnen. Hoe gaat de minister dit soort problemen oplossen?**

Ik realiseer me terdege dat de domeinwetten en de overgangen daartussen zich niet altijd precies richten naar de cliënt en de situatie waar die zich bevindt. Ieder systeem, hoe dit ook met de beste bedoelingen is ingericht, zal nooit toegespitst en op maat gesneden kunnen zijn op de wensen en behoeften van iedere individuele patiënt. Vanuit die wetenschap proberen we wel zoveel mogelijk belemmeringen weg te nemen. Zo ook met de inzet van een cliëntondersteuner.

Een cliënt met ALS, en zijn naasten, kunnen de hulp en ondersteuning inroepen van een ondersteuner vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Wet langdurige zorg (Wlz). Een cliëntondersteuner kan hen helpen met informatie over het aanvragen van de juiste zorg op de meest passende locatie. Ook is de cliëntondersteuner bekend met het zorgaanbod in de regio en heeft kennis over de wet- en regelgeving. Op 13 oktober jl. is een voorstel tot wijziging van de Wlz bij uw Kamer ingediend (Kamerstukken 35 943) waarin onder andere wordt voorgesteld dat Wlz-uitvoerders eerder cliëntondersteuning Wlz kunnen bieden, namelijk al bij het oriënteren, het voorbereiden op en het aanvragen van een Wlz-

indicatiebesluit. Dit zal voor ALS-patiënten ook van toegevoegde waarde kunnen zijn.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Tellegen (VVD) over pilots in de verpleeghuizen die een voorzichtig eerste begin vormen en waarmee positieve ervaringen zijn opgedaan en of deze pilots landelijk gaan worden uitgerold, en over het betrekken van de verpleeghuiszorg thuis bij deze pilots.**

In de pilots in Dongen, Ede en Hollandscheveld lopen inderdaad interessante experimenten met domeinoverstijgende samenwerking. Hierbij wordt los van de bestaande financieringswetten (Wmo, Wlz, Zvw) gekeken wat er voor nodig is om mensen met de juiste ondersteuning langer thuis te laten blijven wonen. De verpleegzorg thuis maakt hier integraal onderdeel van uit. Ik ben het eens dat deze pilots positieve resultaten hebben laten zien, zowel wat betreft de tevredenheid van cliënten als wat betreft de kortere verblijfsduur in het verpleeghuis en navolging verdienen. Het aankomende wetsvoorstel domeinoverstijgende samenwerking zal bevorderen dat dergelijke initiatieven ook op andere plaatsen kunnen worden ontplooid.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Tellegen (VVD) over wat de minister vindt van het artikel over kwaliteit en preventie in langdurige zorg van drie hoogleraren van ESPHM.**

Het artikel gaat vooral over de ouderenzorg en ik vind de aanbevelingen relevant. Waar het gaat om het inzetten van inkoopinstrumenten om kwaliteit te bevorderen, zie ik in alle domeinen (Wlz, Wmo, Zvw) mogelijkheden tot verbeteringen. Zorgkantoren gebruiken het kwaliteitskader verpleeghuiszorg als basis voor de dialoog over kwaliteitsverbetering en sturen hier in mindere mate op via prijsafspraken. Ik ben in gesprek met zorgkantoren om te bezien of en wat zij (nog) nodig hebben om hun inkoopinstrumentarium beter in te kunnen zetten ten behoeve van het stimuleren van kwaliteit bij de zorgaanbieders. Bij de inkoop van wijkverpleging sturen zorgverzekeraars voornamelijk op financiële parameters en zijn ondertussen indicatoren ontwikkeld passend bij het kwaliteitskader wijkverpleging. Per 2022 wijzigt de bekostiging, waardoor zorgverzekeraars meer kunnen sturen op kwaliteit. Gemeenten maken bij de contractering van maatschappelijke ondersteuning veelal gebruik van een openhouse-constructie. Ik ben van mening dat zij meer moeten inzetten op het selectief contracteren van aanbieders op kwaliteit. Ik vind het daarnaast belangrijk dat er informatie is over de kwaliteit van zorg en dat deze informatie toegankelijk is. Binnen alle drie de domeinen wordt hieraan gewerkt, middels het transparant en toegankelijk maken van kwaliteitsindicatoren. Dat neemt niet weg dat er ruimte is voor verbeteringen.

Net als de auteurs onderschrijf ik het "wrong-pocket"- probleem in de ouderenzorg aandacht vraagt (de kosten en baten pakken verschillend uit over de domeinen heen, waardoor preventie van zware zorg minder lonend is). In het voorjaar van 2021 is daarom het wetsvoorstel domeinoverstijgende samenwerking geconsulteerd. Met dit wetsvoorstel wordt het mogelijk gemaakt dat zorgkantoren rechtmatig in het sociale domein kunnen investeren als met deze investering zwaardere en/of

duurdere zorg in de Wet langdurige zorg kan worden voorkomen. Het is aan een volgend kabinet om een besluit te nemen over het vervolg van het wetstraject.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Tellegen (VVD) over hoe het staat met het PGB 2.0 en of er al concrete resultaten behaald zijn in het terugdringen van de administratieve lasten.**

Ik kan aangeven dat de ontwikkeling en de implementatie van PGB2.0 gestaag vordert. Eén van de doelen van het PGB2.0-systeem is het verminderen van de administratieve lasten voor budgethouders, zorgverleners en uitvoerders. We zien dat gebruikers van PGB2.0 inderdaad meer gemak en ondersteuning ervaren: gegevens hoeven maar één keer te worden ingevuld en ze worden digitaal gedeeld en hergebruikt bij het invullen van overeenkomsten en declaraties. Dat bespaart veel tijd. Dit blijkt ook uit een recent tevredenheidsonderzoek: budgethouders, vertegenwoordigers en zorgverleners waarderen PGB2.0 gemiddeld met een 7,9.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Tellegen (VVD) over technologische ondersteuning die de zorg verbeteren en de vraag hoe we ervoor zorgen dat al deze innovaties landelijk worden opgeschaald?**

Graag verwijs ik naar mijn reactie op motie De Vries (Kamerstukken 2021/22, 31765, nr. 592). In deze brief heb ik aangegeven dat bij opschalen en transformeren geen 'copy paste'- aanpak past. Tegelijk wil ik 'not invented here' graag ontmoedigen en 'proudly copied from' juist stimuleren.

Via de Innovatie-impuls in de gehandicaptenzorg, zet ik in op het duurzaam implementeren en borgen van zorgtechnologie. De focus ligt daarbij op de toegevoegde waarde voor de cliënt.

Een andere belangrijke impuls vindt plaats via inkoop/contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraars resp. zorgkantoren, en zorgaanbieders. Waarbij zowel zorgverzekeraars, zorgkantoren als zorgaanbieders gezamenlijk optrekken waar het kan en waarbij NZa en het Zorginstituut ondersteunen bij het slechten van barrières rond bekostiging en bewijslast rond kwaliteit.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Tellegen (VVD) over hoe we ervoor zorgen dat mensen vroegtijdig gaan nadenken over hun oude dag. Waar willen ze wonen, op welke manier, en in welke omgeving.**

Ik deel de opvatting dat het goed is dat mensen op tijd beginnen met nadenken over hoe zij ouder willen worden, waar ze wonen, welke hulp en ondersteuning dan nodig kan zijn. Een actieve voorbereiding op ouder worden kan immers bijdragen aan een onbezorgde oude dag. Dit vraagstuk wordt alleen maar relevanter gezien de vergrijzing. Voorbereiden op ouder worden is een brede maatschappelijke opgave die niet van vandaag op morgen is gerealiseerd.

De afgelopen jaren zijn zowel lokaal als landelijk stappen gezet om mensen en (zorg)professionals te ondersteunen bij dit proces. Ik noem er een aantal:

- Ouderen zijn via een pilot in samenwerking met seniorenorganisatie KBO-PCOB en het Netwerk Vitaler Oud voorgelicht over hoe zij vitaler oud kunnen worden. De aanpak is verspreid onder de leden van het netwerk. Onderdeel van de aanpak is de brochure 'Vitaal Ouder Worden'.

- Ester Bertholet ontwikkelde het behandelpaspoort. Een instrument ter ondersteuning van Advanced Care. Dit behandelpaspoort is een middel om gedachten te vormen over behandelwensen in de toekomst, deze vast te leggen en te delen met naasten en zorgverleners. Tijdens de Covid-19 uitbraak heb ik 45.000 paspoorten gratis beschikbaar gesteld aan zorgverleners, waaronder huisartsen, wijkverpleegkundigen en specialisten ouderengeneeskunde.
- Er is onderzoek verricht onder de doelgroep zelf om inzicht te krijgen in wanneer mensen zich gaan voorbereiden op ouder worden.
- In 2020 is de campagne 'de Waarde van Ouder Worden' gestart. Met deze campagne is de doelgroep 35 tot 75 jaar online bereikt met verhalen over 'de Waarde van Ouder Worden'. Initiatieven en informatie over de relevante vragen die bij het ouder worden komen kijken, zijn op de website [www.dewaardevanouderworden.nl](http://www.dewaardevanouderworden.nl) gebundeld. De aanbevelingen van de Raad van Ouderen om een maatschappelijke beweging op gang te brengen die aanzet tot het tijdig nadenken over ouder worden, is in deze campagne verwerkt.
- ActiZ is de campagne 'Praten over morgen' gestart.

Zoals ik in de derde voortgangsrapportage van het programma Langer Thuis (Kamerstukken 2021/22, 31765, nr. 607) heb aangegeven, zet ik verder in op het agenderen van dit thema, zodat mensen zich bewust worden van het thema en hun eigen verantwoordelijkheid hierin.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Tellegen (VVD) over wat nu de minimum vereisten zijn waaraan mantelzorgondersteuning door de gemeenten moet voldoen, of we dit meer op een lijn kunnen brengen en hoe kunnen we de respijtzorg/logeerzorg overal toegankelijk kunnen maken.**

Gemeenten zijn vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning verantwoordelijk voor het voeren van beleid op mantelzorgondersteuning en bepalen lokaal wat nodig is. Daarbij gaat het om respijtzorg (vervangende zorg door een vrijwilliger of professional), praktische of materiële hulp, emotionele steun, informatie en advies. Daarvoor zijn geen minimumeisen vastgesteld. Wat belangrijk is, is dat de hulp aan moet sluiten bij de behoefte van de mantelzorgers en dat weten gemeenten het beste. In de landelijke aanpak 'Samen sterk voor mantelzorg' hebben VNG, MantelzorgNL, VWS, Zorgverzekeraars Nederland en VNO/NCW de gezamenlijke inzet vastgelegd. Onder andere vanuit het landelijke programma Langer Thuis is de afgelopen jaren breed ingezet op het verbeteren van mantelzorgondersteuning samen met deze partijen. Acties daaruit richten zich op: (1) het verbeteren van de toegang tot ondersteuning; er starten 80 pilots voor verbetering van de toegang en er is een adviesteam voor alle gemeenten dat hen ondersteunt bij het lokale mantelzorgbeleid; (2) het vergroten van de bewustwording over mantelzorg (o.a. via tv-campagnes); (3) het verbeteren van het samenspel tussen mantelzorgers en professionals. Op deze manier brengen we gezamenlijk meer lijn in het mantelzorgbeleid.

Verder heeft MantelzorgNL een overzichtspagina van alle mantelzorgsteunpunten in Nederland en een wegwijzer respijtzorg voor mantelzorgers gemaakt.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Tellegen (VVD) over goede, vindbare info vanuit de overheid over alles wat het onderwerp palliatieve zorg raakt en een landelijke bewustwordingscampagne, gericht op kwaliteit en regie in de laatste fase van je leven.**

In 2019 heeft VWS een publiekscampagne gehouden in samenwerking met betrokken veldpartijen. Het doel van deze campagne was bewustwording creëren bij burgers en patiënten voor het belang van tijdige aandacht voor mogelijkheden van palliatieve zorg. De campagne heeft geresulteerd in de website [www.overpalliatievezorg.nl](http://www.overpalliatievezorg.nl). Op 9 oktober jl., de dag van de Palliatieve zorg, is de vernieuwde website voor publieksinformatie gelanceerd. Deze site biedt patiënten en hun naasten informatie met als doel hen bewust te maken van het uitgebreide aanbod van zorg en ondersteuning in de palliatieve zorg. Deze informatie kan patiënten helpen bij het voeren van een gesprek met hun zorgverlener(s) over te maken keuzes. De site biedt ook informatie voor mensen die nog niet in een palliatieve fase zitten. Ook is er al veel informatie beschikbaar op [www.palliaweb.nl](http://www.palliaweb.nl). Deze website is bedoeld om actuele en betrouwbare informatie te vinden en te delen voor zorgverleners. In het vervolg op het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ II) zal o.a. aandacht worden besteed aan de implementatie van proactieve zorg en ondersteuning. Daarnaast wordt gekeken naar de wenselijkheid van het organiseren van een landelijke bewustwordingscampagne voor verschillende doelgroepen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Tellegen (VVD) of de staatssecretaris iets meer kan zeggen over wat er op gemeentelijk niveau gebeurt om bijvoorbeeld ouderen in samenwerking met lokale voetbalclubs sportactiviteiten te laten verrichten? Hoe stimuleren we dit soort wijkactiviteiten?**

Ik draag bij aan het Nationaal Ouderenfonds voor zijn inzet in de alliantie 'Sporten en bewegen voor iedereen' en voor het verder doorontwikkelen van het programma Old Stars. Door het programma Old Stars van het Nationaal Ouderenfonds blijven ouderen sociaal actief en in teamverband in beweging. Zij doen dit door middel van aangepaste spelvormen, waarbij in samenwerking met verschillende sportbonden gekozen kan worden uit de walking variant van diverse sporten. Het Nationaal Ouderenfonds samen met de KNVB ondersteunt de voetbalclubs om het walking football goed neer te zetten binnen de club en zoveel mogelijk ouderen in beweging te brengen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de schuld die de minister legt bij de vaccinweigerers ten aanzien van de overbelasting van de zorg en of hij dat ook doet bij ouderen zonder grieprik of rokers.**

Het gaat hier niet over het neerleggen van schuld maar om het weergeven van de feiten. 3 van de 4 ziekenhuisopnames en 4 van de 5 IC-opnames als gevolg van een infectie door COVID-19 betreft niet-gevaccineerden. Dit blijkt uit onderzoek van het RIVM over de periode 1 september - 3 oktober jl. en betreft het aantal patiënten waarvan de vaccinatiestatus bekend was. Het RIVM geeft verder aan dat de kans om als volledig gevaccineerde door COVID-19 op de intensive care terecht te komen 33 keer kleiner is dan voor niet-gevaccineerden. Door vaccinatie bescherm je jezelf tegen de ernstigste gevolgen van een infectie, en help je de transmissie van het virus af te remmen; daardoor zorg je ook weer dat je anderen minder of niet besmet. Daarbij, de staatssecretaris voert vanuit het preventieakkoord ook beleid om roken te ontmoedigen, en we moedigen bepaalde doelgroepen ook aan om een grieprik te halen. Het is nu eenmaal mijn taak als minister van volksgezondheid om over de feiten ten aanzien van COVID-19 en vaccinatie te communiceren.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over of de**

**minister wil reageren op het ESB-artikel waaruit blijkt dat in gemeente met minder middelen meer ouderen in de langdurige zorg belanden.**

In het artikel wordt aangegeven dat de financiële positie van gemeenten van invloed is op de uitstroom naar de Wet langdurige zorg (Wlz). De auteurs concluderen daarmee dat gemeenten niet effectief gestimuleerd worden om ouderen – door een verbetering van preventie, zorg en ondersteuning in het maatschappelijke domein – zo lang mogelijk zelfstandig te laten blijven wonen. De prikkels die in het artikel beschreven worden, kunnen één van de oorzaken zijn van de hoge groei van de Wlz. De auteurs stellen: “een onbedoeld effect van de decentralisatie was dat gemeenten een financiële prikkel kregen om zorgkosten te verschuiven naar de Wet langdurige zorg.”

Ik herken dit beeld uit eerdere studies. In de commissie ‘Toekomst zorg thuiswonende ouderen’ en in de dialoognota ‘Ouder worden 2020-2040’ zijn hiervoor verschillende beleidsopties uitgewerkt. Daarnaast worden ook in het aankomende IBO Ouderenzorg beleidsopties onderzocht, gericht op een houdbare ouderenzorg, waarin deze thematiek zal worden betrokken.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over hoe de zorgmedewerkers met een loonsverhoging van 1% de hogere energierekening en de duurder boodschappen gaan betalen.**

Via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) heb ik voor 2022 circa 1,6 miljard euro aan arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar gesteld, wat neerkomt op een loonruimte van circa 2,5%. Daarbovenop heb ik naar aanleiding van de motie Hijink/Bikker nog eens 675 miljoen euro beschikbaar gesteld, waarmee een extra loonstijging van 1,5% voor de middengroepen onder het zorgpersoneel mogelijk wordt gemaakt (in totaal dus circa 4%). Ik heb vervolgens met de werkgeversorganisaties afgesproken dat zij inzetten op het gebruik van deze 675 mln extra arbeidsvoorwaardenruimte voor het verkleinen van de salarisachterstanden van de middengroepen cf. de aanbeveling uit het SER-advies “Aan de slag voor zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt”.

Daarmee stel ik marktconforme loonruimte beschikbaar voor alle medewerkers en voor de middengroep nog een extra salarisstijging. In het cao-bod dat de NFU op 5 september jl. heeft gedaan wordt 3,5% loonsverhoging geboden voor de cliëntgerichte middengroep van het loongebouw en wordt aan het einde van enkele schalen in het midden van het loongebouw twee extra periodieken toegevoegd. Voor de overige zorgverleners is een salarisstijging van 1% beschikbaar. Dit bod is gedaan vóór het beschikbaar stellen van de 675 miljoen euro aan extra arbeidsvoorwaardenruimte. De NFU is nu in gesprek met partijen over de inzet van deze extra middelen bovenop het eerdere bod. Het is aan sociale partners om met de beschikbaar gestelde middelen tot een cao te komen.

Het kabinet heeft onlangs ook besloten om diverse maatregelen te nemen om de stijging van de energierekening voor Nederlanders te verminderen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over dat het RIVM constateert dat de afspraken met de voedingsindustrie niets hebben opgebracht; we eten een snuffje minder suiker. Is het logisch dat er dure overheids campagnes tegen overgewicht zijn, terwijl er nog steeds 30 klontjes suiker in een fles cola mag zitten?**

Ik vind inzet op gezondere producten belangrijk. Ik informeer uw Kamer begin

november per brief over de resultaten van productverbetering tot op heden. Bij de brief voeg ik de laatste herformuleringsmonitor van het RIVM bij.

Wat betreft de toezegging in het Nationaal Preventieakkoord rapporteert de frisdrankindustrie dat ze voorliggen op schema om de hoeveelheid calorieën in hun producten in 2025 met 30% te hebben verlaagd. De voortgang van deze actie staat in de voortgangsrapportage van het Nationaal Preventieakkoord waar ik uw Kamer jaarlijks, het laatst 5 juli jongstleden (Kamerstuk 2020/21, 32 793, nr. 557), over informeer.

We zijn er inderdaad nog lang niet. Met dezelfde brief informeer ik uw Kamer over de voortgang van de Nieuwe Aanpak Productverbetering die in het Nationaal Preventieakkoord is aangekondigd. Met deze aanpak neemt de overheid meer regie en worden doelen gesteld. Overgewicht en ongezonde voedingsgewoonten worden veroorzaakt door een veelheid aan factoren. Er is niet één enkele maatregel waarmee het omvangrijke probleem van overgewicht opgelost kan worden. Zowel productverbetering als ondersteunende campagnes zijn onderdeel van een breder pakket aan maatregelen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over meer werk maken van opleidingsmogelijkheden voor artsen en verpleegkundigen.**

De pandemie heeft eens te meer laten zien dat het van belang is dat er voldoende zorgprofessionals beschikbaar zijn. Ik zie gelukkig dat er steeds meer instroom is in initiële zorgopleidingen en dat de uitval licht daalt. Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap is verantwoordelijk voor de kwaliteit en beschikbaarheid van initiële opleidingen in de zorg. Zoals bekend volg ik bij het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen voor vervolgoopleidingen voor artsen zoveel mogelijk het advies van het Capaciteitsorgaan. Bij enkele opleidingen, zoals huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde en sociale geneeskunde, is het lastig om alle beschikbare of benodigde opleidingsplaatsen ingevuld te krijgen. Met de sector wordt er hard aan gewerkt om de instroom op het gewenste niveau te krijgen.

Daarnaast is er voor een groot aantal verpleegkundige vervolgoopleidingen ook een kostendekkende opleidingssubsidie via de beschikbaarheidsbijdrage beschikbaar. Met het oog op een optimale aansluiting op de arbeidsmarktbehoefte stimuleer ik sinds 2018 het gestarte programma CZO Flex Level, dat tot doel heeft deze opleidingen en ook een aantal opleidingen tot medisch ondersteunende beroepen te flexibiliseren. Ondanks deze inspanningen zie ik echter dat de door het Capaciteitsorgaan geadviseerde instroom in de verpleegkundige opleidingen nog niet wordt opgevolgd en dat er nog een grote opgave ligt om meer op te gaan leiden. Ook de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen constateert dit en heeft recent de Verklaring Versterking Arbeidsmarkt Zorg naar buiten gebracht waarin zij aangeven in 2022 en 2023 bij de ziekenhuisopleidingen (w.o. de verpleegkundige vervolgoopleidingen) regionaal te gaan opleiden conform de adviezen van het Capaciteitsorgaan.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over wat er met de zorg gedaan is als je zonder gids, consulent of makelaar geen zorg meer kunt krijgen en duizenden mensen bij zorginstellingen en gemeenten bezig zijn met zorginkoop en contractering in plaats van voor mensen te zorgen.**

Het sombere beeld dat over de zorg wordt geschetst herken ik niet. Een van de belangrijke uitgangspunten van de zorg is dat de patiënt zelf kan kiezen als hij of zij dat wil. Ik herken daarbij dat die keuzevrijheid voor de ene patiënt een groot

goed is, maar voor de ander ingewikkeld kan zijn. Concurrentie mag de gewenste samenwerking tussen aanbieders en de toegankelijkheid en eenvoud voor de patiënt dan ook niet in de weg staan. In de periode 2018 - 2021 is mede daarom als onderdeel van het huidige regeerakkoord ingezet op de versterking van onafhankelijke cliëntondersteuning. Daar zijn ook komende jaren structurele middelen voor beschikbaar. Ook is cliëntondersteuning één van de speerpunten in de Toekomstagenda Gehandicaptenzorg (LZ) die uw Kamer voor de zomer heeft ontvangen. Met het oog op de organiseerbaarheid en toekomstbestendigheid van zorg en ondersteuning kan niettemin op onderdelen een aanscherping van publieke randvoorwaarden nodig zijn. In de discussienota Zorg voor de Toekomst is een aantal beleidsopties geschetst om zorg meer rondom de behoefte van de cliënt te organiseren. Bijvoorbeeld een herkenbare spil in de wijk of de mogelijkheid om cliëntondersteuning verder te versterken. Het is gezien de demissionaire status aan een volgend kabinet om definitieve keuzes te maken.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over of de staatssecretaris bereid is af te stappen van vrijblijvende afspraken over zout/suiker/vet in het eten en te gaan naar wettelijke eisen? (stoppen met de vrijblijvendheid van de voedselindustrie en overgaan naar wettelijke normen).**

Ik vind inzet op gezondere producten belangrijk. Ik informeer uw Kamer begin november over de voortgang van de Nieuwe Aanpak Productverbetering die in het Nationaal Preventieakkoord is aangekondigd.

De mogelijkheden voor wettelijke maatregelen vergen een nadere verkenning. Ik laat een ambtelijke verkenning naar mogelijke opties uitvoeren. Mijn verwachting is dat de uitkomsten begin 2022 bekend zijn. Mijn verwachting is dat de uitkomsten begin 2022 bekend zijn. Een oordeel over de uitkomsten van deze verkenning laat ik aan een nieuw Kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over het doorbreken van de hoge werkdruk bij huisartsen door meer tijd voor de patiënt te creëren. Wat gaat het kabinet doen om de positie van de huisarts te verbeteren? Kan de praktijknorm verder worden verlaagd?**

Samen met partijen van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg heb ik afspraken gemaakt over werkdruk en tekorten. Zo zetten we in op investeringen in ICT/digitalisering, beperking van administratieve lasten, meer tijd voor de patiënt en extra opleidingsplekken. Dit laatste is uiteraard afhankelijk van voldoende beschikbare (praktijk)opleiders. Daarnaast loopt er nu een evaluatie naar zeven 'meer tijd voor de patiënt'-projecten, die door zorgverzekeraars worden gefinancierd. Met de uitkomsten daarvan wordt in een aantal regio's een versnellingsaanpak gestart.

Door het verlagen van het aantal patiënten per huisartsenpraktijk zal een gemiddeld langer consult mogelijk worden. Dit kan betere, doelmatige zorg opleveren, maar of het minder zorgkosten oplevert, is nog niet eenduidig te beantwoorden. Dat hangt vaak af van de mate waarin de hogere kosten van extra personeelsinzet in de huisartsenpraktijk leiden tot lagere kosten in de tweede lijn of andere sectoren. Bovendien berust een langer consult op de beschikbaarheid van extra personeel in de huisartsenpraktijk, waarvan we nu al zien dat het in bepaalde regio's knelt.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over of de**

**minister wil toegeven dat er meer nodig is om het werk in de zorg aantrekkelijk te maken en te voorkomen dat meer mensen de zorg gaan verlaten.**

De inzet op behoud van medewerkers in de zorg is urgent. We hebben immers iedereen nodig om goede zorg te geven en kunnen blijven geven in de toekomst. Met het Actieprogramma Werken in de Zorg heb ik de afgelopen jaren diverse instrumenten en acties ingezet om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Per saldo zijn er meer mensen in de zorg gaan werken.

De tekorten zijn daarmee echter nog niet opgelost en verdere inzet is nodig om de uitstroom te beperken. Het kabinet heeft daarom bij de begroting van 2021 al besloten om structureel middelen beschikbaar te stellen voor het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg: 80 miljoen euro in 2022, oplopend tot 130 miljoen euro per jaar vanaf 2023. Het is aan een volgend kabinet om hier verdere inkleuring aan te geven, op basis van de adviezen uit de rapporten van de Sociaal-Economische Raad en de Commissie Werken in de Zorg. Uit deze rapporten komt een rode draad met herkenbare aandachtspunten naar voren, zoals focus op behoud, aandacht voor zeggenschap, verhogen van de deeltijdfactor en sociale en technologische innovatie.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over of de staatssecretaris kindermarketing voor de voedingsindustrie kan verbieden?**

De regels rond kindermarketing zijn op dit moment vastgelegd in de Reclamecode voor Voedingsmiddelen. De Federatie Nederlandse Levensmiddelen Industrie (FNLI) is eigenaar van deze code. Er is dus sprake van zelfregulering. Elk jaar laat ik de naleving op de reclamecode monitoren. De uitkomsten laten zien dat bedrijven zich over het algemeen goed aan de gemaakte afspraken houden. (Bijvoorbeeld dat licensed media characters (Dora, Minions ed.) niet meer worden gebruikt op ongezonde producten).

Ik ben echter wel kritisch over de inhoud van de huidige reclamecode. Uit de monitor blijkt namelijk dat kinderen binnen de gemaakte afspraken alsnog blootgesteld kunnen worden aan reclame voor ongezonde producten. Het is aan de FNLI om de code aan te scherpen. Als de industrie niet genoeg meebeweegt, kan wetgeving aan de orde zijn. Ik heb kindermarketing meegenomen in de juridische verkenning rond de voedselomgeving. Ik heb deze juridische verkenning 4 juni jl. met u gedeeld (Kamerstuk 2020/21, 32 793, nr. 551). Het is aan een volgend kabinet om te bepalen of kindermarketing wettelijk gereguleerd dient te worden

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over wat dit kabinet te bieden heeft aan zorgverleners.**

Ik gaf het in mijn antwoorden op de vragen 3 en 9 van het Kamerlid Hijink al aan, via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) heb ik voor 2022 circa 1,6 miljard euro aan arbeidsvoorwaardenruimte beschikbaar gesteld, wat neerkomt op een loonruimte van circa 2,5%. Daarbovenop heb ik naar aanleiding van de motie Hijink/Bikker nog eens 675 miljoen euro beschikbaar gesteld, waarmee een extra loonstijging van 1,5% voor de middengroepen onder het zorgpersoneel mogelijk wordt gemaakt (in totaal dus circa 4%). Het is vervolgens aan sociale partners om met de beschikbaar gestelde middelen tot een cao te komen. Om zorgprofessionals te behouden is meer nodig, salaris staat niet

bovenaan het lijstje van redenen voor uitstroom. Inzet op behoud van medewerkers in de zorg heeft daarom de allergrootste urgentie. We hebben immers iedereen nodig om goede zorg te kunnen blijven geven in de toekomst. Met het actieprogramma Werken in de Zorg heb ik de afgelopen jaren diverse instrumenten en acties ingezet om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken. Dat heeft effect gehad, het aantal zorgmedewerkers is gegroeid, maar de vraag naar zorgprofessionals is groot dus is verdere inzet nodig om de uitstroom te beperken. Het kabinet heeft daarom bij de begroting van 2021 al besloten om structureel middelen beschikbaar te stellen voor het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg, 80 miljoen in 2022 oplopend tot 130 miljoen euro per jaar vanaf 2023. Invulling van die middelen is aan een nieuw kabinet, maar uit de rapporten van de SER en de Commissie Werken in de Zorg komt een algemene rode lijn met herkenbare aandachtspunten naar voren, zoals focus op behoud, verhogen van de deeltijdfactor, sociale en technologische innovatie en aandacht voor zeggenschap. Dat laatste vind ik een belangrijk thema, waarop in het afgelopen jaar veel stappen zijn gezet. Zo heb ik recent de werkagenda van de ziekenhuizen ontvangen. Deze heb ik met de SER-brief aan uw Kamer verzonden. De werkagenda's van de andere sectoren verwacht ik dit najaar. Tevens verwacht ik dan ook de door mij gevraagde adviezen van onze Chief Nursing Officer prof. dr. E. Fynnema over de onafhankelijke monitoring en de gewenste cultuurverandering met het oog op zeggenschap. Deze adviezen zal ik samen met partijen betrekken bij de werkagenda's. Daarnaast wordt binnen het ZonMw programma verpleging en verzorging 2 miljoen voor zeggenschap vrijgemaakt. Deze gelden zullen worden ingezet voor onder meer een leiderschapsprogramma en het verzamelen en delen van goede voorbeelden.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over hoe campagnes tegen overgewicht succesvol kunnen zijn als het kabinet toe blijft staan dat de industrie mensen verslaafd houdt aan suiker en vet?**

Overgewicht en ongezonde voedingsgewoonten worden veroorzaakt door een veelheid aan factoren. Er is niet één enkele maatregel waarmee het omvangrijke probleem van overgewicht opgelost kan worden. In mijn brief van 4 juni jl. (Kamerstukken 2020/21, 32 793, nr. 551) heb ik benadrukt dat wat we eten sterk beïnvloed wordt door onze voedselomgeving. De maatregelen in het Nationaal Preventieakkoord zijn met name gericht op het gezonder maken van die voedselomgeving, zodat de gezonde keuze makkelijker wordt; de keuze voor producten uit de Schijf van Vijf die nauwelijks suikers of zout bevatten. Daarbij zet ik ook in op productverbetering om de hoeveelheid zout en suiker in veel gegeten producten van buiten de Schijf te verlagen. Campagnes zoals de Eetwissel van het Voedingscentrum en Fit op jouw manier zijn ondersteunend aan de andere maatregelen. Ze kunnen mensen informeren over betrouwbare informatiebronnen en inspireren om andere keuzes te maken. Aan dit laatste kan een voedselkeuzelogo zoals Nutri-score ook bijdragen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over waarom de staatssecretaris de keuze over het Rota-vaccin over laat aan een volgend kabinet?**

In mijn brief aan uw Kamer van 20 september jl. (Kamerstuk 32793-566), heb ik aangegeven dat het vanaf 2023 structureel opnemen van het rotavaccin voor alle zuigelingen in het Rijksvaccinatieprogramma een extra investering vergt. Hiervoor is nog geen dekking. Ik sta positief tegenover het advies van de Gezondheidsraad, maar het is aan een volgend kabinet een besluit te nemen (bij voorjaarsnota). In mijn brief heb ik tevens gemeld dat de kosteneffectiviteit van de algemene

vaccinatie volgens de Gezondheidsraad bij de huidige, ons bekende, prijsstelling ongunstig is. In de verdere voorbereiding van deze vaccinatie wordt onderzocht hoe deze kosteneffectief kan worden gerealiseerd o.a. door het opstellen van een implementatieplan door het RIVM.

**Antwoord van staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over het nemen van regie bij de inzet van valpreventie.**

Een effectieve valpreventie-aanpak bestaat uit verschillende componenten, waaronder een valpreventief beweegprogramma, eventueel aangevuld met andere interventies zoals medicatiecontrole, visuscontrole, aanpak van voetproblemen en woningaanpassingen. Deze moeten in samenhang worden aangeboden. Ook moeten ouderen met een verhoogd valrisico worden opgespoord, gescreend en effectief worden doorverwezen. Dit alles vraagt om coördinatie en het maken van structurele afspraken op lokaal en regionaal niveau tussen de betrokken partijen, waarbij ook wordt afgesproken wie het initiatief neemt. Het regie- en organisatievraagstuk maakt hier deel van uit.

Het Zorginstituut Nederland onderzoekt naar verwachting begin volgend jaar in hoeverre valpreventie gerekend kan worden tot verzekerde zorg. Uw Kamer is hierover geïnformeerd via de voortgangsbrief van het programma Preventie in het Zorgstelsel (Kamerstukken 2020/21, 32 793, nr. 562). De planning van het Zorginstituut Nederland (ZiNL) was om eind dit jaar een duiding gereed te hebben. Dit hebben wij ook zo met de Kamer gedeeld. Helaas kost het meer tijd om de duiding af te ronden en wij verwachten de duiding nu begin 2022. Ik zie dit als een belangrijke stap in het organiseren van valpreventie.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over tijd om preventieve inzet anders te gaan beoordelen: “voorkomen i.p.v. blijvend behandelen”. Stel: vrouwen kunnen zelf thuis testen op baarmoederhalskanker. Deze “stel dat” - vragen moeten we niet meer stellen, als het gaat om voorkomen van ziekten en daarmee besparen van kosten.**

Ik sluit mij aan bij het pleidooi van mevrouw Paulusma. Ik vind voorkomen beter dan genezen. In de discussienota Zorg voor de Toekomst heeft het kabinet preventie als één van de drie pijlers voor de houdbaarheid van het zorgstelsel benoemd. Daarnaast heb ik in mijn brief ‘Bouwstenen voor een fundament onder toekomstig preventiebeleid’ van 7 juli jl. (Kamerstukken 2021-2022, 32 793 nr. 558) uiteengezet op welke manier preventie van een structurele (financiële) basis kan worden voorzien. Daar hoort ook bij dat de inzet op preventie anders beoordeeld wordt. Dat betekent dat de opbrengsten van de preventie breed meegewogen worden: naast de maatschappelijke kosten die we in beschouwing moeten nemen, ook het besparen van zorgkosten en het waarderen van de toename in kwaliteit van leven (Qaly’s).

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over structurele inspraak door patiëntenverenigingen, om zo samen beslissen naar een hoger niveau te tillen, terwijl er verontrustende geluiden uit het veld zijn over de subsidieregelingen gehandicapten- en patiëntenverenigingen in 2022.**

Patiëntenorganisaties spelen een belangrijke rol in het zorglandschap. Zij vertegenwoordigen de georganiseerde stem van de patiënt die van belang is voor het patiëntcentraal maken van zorg en voor het realiseren van een inclusieve

samenleving waarin mensen met een aandoening, handicap of psychische kwetsbaarheid onbeperkt kunnen meedoen.

De huidige subsidieregeling voor patiënten- en cliëntenorganisaties loopt af in 2022. Op dit moment werken wij aan de contouren van een nieuwe subsidieregeling, die ingaat in 2023. Wij bereiden dat zoveel mogelijk voor in de wetenschap dat het aan het nieuwe kabinet en onze ambtsopvolger(s) is om hierover te besluiten. Door tijdig de voorbereiding ter hand te nemen blijft inwerkingtreding per 1 januari 2023 binnen handbereik.

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft uw Kamer bij brief van 12 juli jl. op hoofdlijnen geïnformeerd over de stand van zaken. Daarin zijn ook globaal de uitdagingen geschetst waaraan een nieuw subsidiekader zou moeten voldoen. Wij verwijzen u kortheidshalve naar deze brief (Kamerstukken, vergaderjaar 2020/2021, 29 214, nr. 91).

Bij de voorbereidingen van een nieuw beleidskader is en wordt veel gesproken met patiënten- en gehandicaptenorganisaties. Tevens worden de landelijke patiëntenkoepels Ieder(In), MIND en de Patiëntenfederatie Nederland nauw betrokken. Als er verontrustende geluiden zijn, nodigen wij partijen uit die signalen met het ministerie van VWS te delen.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) hoe de staatssecretaris verder gaat met het programma aanpak Dak- en Thuisloosheid in een afgeslankte vorm.**

Het Rijk, gemeenten en andere partijen hebben de afgelopen jaren samengewerkt aan de aanpak van dakloosheid via de brede aanpak dakloosheid: 'een (t)huis een toekomst' en het actieprogramma dak- en thuisloze jongeren. Deze programma's richten zich vooral op het voorkomen van dakloosheid, vernieuwing van de opvang en het realiseren van passende woonplekken met begeleiding. De programma's en de hieraan gekoppelde financiering lopen eind 2021 af. Er is vooralsnog niet voorzien in voortzetting van de programma's in huidige of een afgeslankte vorm. Jaarlijks ontvangen 43 centrumgemeenten 385 miljoen euro voor de maatschappelijke opvang vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (decentralisatie-uitkering). Daarmee zetten gemeenten en Rijk zich blijvend in voor de aanpak van dakloosheid. Het is aan het volgende kabinet om te voorzien in voldoende (structurele) middelen voor 2022 en verder.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over wie de regie neemt op het gebied van de financiering van de tolkenvoorziening in de zorg.**

Ik ben met Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in gesprek over talentolken in de zorg. Het Zorginstituut heeft in een standpunt over tolken in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) aangegeven dat wanneer het inschakelen van een tolk noodzakelijk is om goede zorg te verlenen, er in de bekostiging met deze kosten rekening moet worden gehouden. Op dit moment werken veldpartijen aan een zorgbrede kwaliteitsstandaard die beschrijft op welke momenten de inzet van een tolk in de zorg noodzakelijk is. Met de NZa bespreek ik in welke mate de tarieven van de NZa voldoende dekking bieden voor noodzakelijke tolkeninzet. Daar waar knelpunten zijn, kijken we hoe deze kunnen worden weggenomen, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij bestaande structuren.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over het landelijk verdelen van reguliere inhaalzorg, net als de Covid-zorg, om zo de wachtlijsten te verkorten en de druk op de ziekenhuizen te verlagen.**

In het 'Kader passende inhaalzorg medisch-specialistische zorg' heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met partijen afspraken gemaakt over de manier waarop uitgestelde zorg zo snel mogelijk wordt ingehaald (Kamerstukken 2020/21, 31 765, nr. 566). COVID-19-patiënten worden gelijkmatig over de regio's gespreid, zodat een gelijk speelveld ontstaat voor het verlenen van non-COVID-zorg. De afspraak is dat zorgverzekeraars een belangrijke regionale coördinerende rol hebben in het borgen van de toegankelijkheid van non-COVID-(inhaal)zorg en dat zij vanuit hun zorgplicht knelpunten oppakken, bijvoorbeeld in wachttijden. Patiënten kunnen ook contact opnemen met de zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling. De zorgverzekeraar kan iemand naar een andere zorginstelling verwijzen waar eerder plek is. Ook kan het stimuleren van samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra helpen als de wachttijden op de ene plek veel langer zijn dan op de andere plek. De NZa monitort de toegankelijkheid van de zorg nauwgezet, ziet toe op de goede uitvoering van hun monitor inhaalzorg en spreekt zorgverzekeraars actief aan op hun zorgplicht.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over om nogmaals aan de slag te gaan met de zo gewenste zeggenschap maar ook om de sociale partners uit te nodigen om het gesprek wél aan te gaan over een aparte cao.**

Zeggenschap voor zorgprofessionals is van groot belang zodat zij kunnen meepraten over de inrichting van hun werk. Ik ben dan ook blij dat de partijen gezamenlijk een voorstel voor de ziekenhuissector hebben overhandigd. De komende tijd zal ik het voorstel nader bestuderen. Daarbij wil ik al wel aangeven dat het voorstel een financiële investering vraagt van € 8,5 mln voor de uitvoeringskosten en € 250 mln voor tijd en ruimte dat alleen zeggenschap voor de verpleegkundigen en verzorgenden in de ziekenhuizen faciliteert. De verwachting is dat de andere sectoren – eind dit jaar - met aanvullende voorstellen voor zeggenschap zullen komen. Gezien het feit dat het kabinet demissionair is en het om forse investeringen gaat, zal daar op een later moment besluitvorming over moeten plaatsvinden door het nieuwe kabinet.

In de zorg is het aan sociale partners om samen afspraken te maken over arbeidsvoorwaarden en deze vast te leggen in een cao. Het is aan hen om een afweging te maken over de voor- en nadelen van een aparte cao voor verzorgenden en verpleegkundigen. Ik wil en kan mij daar niet in mengen. Als blijkt dat sociale partners gezamenlijk de beweging naar één cao voor verpleegkundigen en verzorgenden willen maken, dan ben ik bereid hen daarin te ondersteunen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over hoe we de schotten en verschillende financieringsstromen die de samenwerking ontmoedigen, kunnen veranderen.**

Om te komen tot integrale gezondheidszorg die mensen echt centraal stelt, is het inderdaad van belang dat we de overgang tussen (en in) de verschillende zorgdomeinen verder vergemakkelijken en verminderen. Zorg is complex om goed te organiseren. We moeten voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen door de verschillende (sub)domeinen, specialismes en zorginkopers.

Met het opstellen van regiobeelden en regioaanpakken, waarin partijen afspraken maken over domeinoverstijgende samenwerking, worden al belangrijke stappen gezet in het werken over schotten heen. Dit blijkt ook uit talloze goede praktijkvoorbeelden die onder andere beschikbaar zijn via de website van de Juiste Zorg op de Juiste Plek.

In de discussienota Zorg voor de Toekomst zijn daarnaast verschillende beleidsopties voor het inbouwen van extra financiële prikkels voor het intensiveren van samenwerking in de regio en extra financiële prikkels voor het bevorderen van coördinatie tussen de domeinen beschreven. Het is aan een nieuw kabinet om te beslissen over deze beleidsopties.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over het Manifest Hoofdzaken van ZonMW en hoe we in de breedste zin discipline overstijgend onderzoek kunnen doen om gezondheid te bevorderen, anders te financieren, en te stimuleren?**

Ik vind discipline-overstijgend onderzoek erg belangrijk en wil dit ook stimuleren. Daarop wordt via NWO, ZonMW en ook in het topsectorenbeleid ingezet. Het onderzoeksprogramma in het kader van de Nationale Dementiestrategie 2021-2030, dat door ZonMW wordt uitgevoerd met financiering van het ministerie van VWS, vereist bijvoorbeeld expliciet dat er samengewerkt wordt in consortia met verschillende disciplines. Dit onderzoek is nadrukkelijk ook gericht op gezondheidsbevordering.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Paulusma (D66) over dat patiënten zelf moeten kunnen kiezen voor fysieke of digitale zorg. Als dit niet vanzelf gaat, moeten we dit gaan vastleggen en daarmee mogelijk maken. Iedere patiënt heeft recht op 'digitale zorg en daarmee zorg dichterbij huis'.**

Ik deel met D66 dat digitale zorg breder beschikbaar moet worden voor patiënten. Een wettelijk recht is echter complex, omdat zorgprofessionals altijd op grond van hun professionele verantwoordelijkheid moeten kunnen beoordelen wat de beste (vorm van) zorg is op dat moment. Ik kijk samen met relevante partijen, waaronder de Patiëntenfederatie en Zorgverzekeraars Nederland, hoe we ervoor kunnen zorgen dat digitale zorg voor patiënten beschikbaar wordt. Uw Kamer heeft eerder de motie-Paulusma/Van den Berg (Kamerstukken 2020/21, 31 765, nr. 602) aangenomen waarin u mij heeft gevraagd om te onderzoeken hoe dit wettelijk geregeld kan worden. Ik verwacht deze inventarisatie in de eerste helft van 2022 aan uw Kamer aan te bieden.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over wat we gaan doen om de beschikbaarheid van de 100 meest essentiële grondstoffen voor medicijnen in Nederland te waarborgen in plaats van afhankelijkheid van India en China.**

De beschikbaarheid van medische producten voor patiënten en zorgverleners is een belangrijke en blijvende prioriteit van het ministerie van VWS. Het structureel versterken van de leveringszekerheid – ongeacht crisissituaties – maakt Nederland en de EU minder afhankelijk en kwetsbaar. In EU-verband gaat het om de 'open strategische autonomie'. Dit vergroot de internationale slagkracht en weerbaarheid van Nederland en de EU bij de geopolitisering van volksgezondheid. Ik verwacht uw Kamer op korte termijn te informeren over de stand van zaken op het gebied van leveringszekerheid van medische producten. Daar zal ik ook ingaan

op risico's en kwetsbaarheden in de productie- en toeleveringsketens en de productie dichtbij huis. Relevant is hier de hele productieketen, inclusief grondstoffen, hulpstoffen, halffabricaten en eindproducten

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over hoe we ervoor zorgen dat de zorgmedewerkers de juiste waardering/beloning krijgen.**

Zorgprofessionals verdienen het om een goede financiële beloning te ontvangen voor het belangrijke werk dat zij verzetten. Om een concurrerende salarisontwikkeling mogelijk te maken, stel ik jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) beschikbaar. Voor 2022 bedraagt deze bijdrage circa 1,6 miljard euro, waarmee een structurele loonstijging van circa 2,5% voor alle medewerkers in de zorg mogelijk wordt gemaakt. Om nog een extra stap te kunnen zetten voor verpleegkundigen en andere zorgprofessionals specifiek in het midden van het loongebouw, heeft het kabinet –in reactie op de motie van de leden Hijink en Bikker- nog eens 675 miljoen euro extra beschikbaar gesteld. Dit maakt –bovenop de 2,5%- nog een additionele loonsverhoging voor de middengroep van 1,5% mogelijk (in totaal dus 4%).

Waardering en de aantrekkelijkheid van het werken in de zorg zijn echter van veel meer afhankelijk dan van salaris. Uitstroomonderzoek laat zien dat salaris op de zevende plek komt als het gaat om vertrekredenen van zorgpersoneel. Zaken als professionele autonomie, zeggenschap, ontwikkelmogelijkheden en werkomstandigheden zijn zeker zo belangrijk, zo niet belangrijker. Dat bevestigen ook de verschillende rapporten en adviezen die de afgelopen periode zijn verschenen. Met het Actieprogramma 'Werken in de Zorg' hebben we de afgelopen jaren diverse instrumenten en acties in gang gezet die gericht zijn op deze aspecten. Deze inspanningen blijven ook in de toekomst van belang. Het kabinet heeft daarom bij de begroting van 2021 al besloten om hiervoor structureel middelen beschikbaar te stellen, 80 miljoen in 2022 oplopend tot 130 miljoen euro per jaar vanaf 2023. De precieze inhoud en vormgeving van een vervolg op het actieprogramma Werken in de zorg is aan een nieuw kabinet.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Kuiken (PvdA) over hoe het staat met de uitvoering van de motie om tot een integrale visie te komen op de bekostiging en prijzen van medicijnen en vaccins.**

Op 8 juli jl. is een motie van mevrouw Kuiken aangenomen die de regering verzoekt het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) te vragen om te adviseren op welke wijze tot een zwaarwegend integraal beleidsadvies voor geneesmiddelen gekomen kan worden. Dit proces is in gang gezet. Ik ben met deze partijen in gesprek over de wijze waarop samenwerking en structureel overleg op een betekenisvolle en efficiënte manier kan worden georganiseerd. Daarmee kan hun gezamenlijke en integrale advies bijdragen aan het geneesmiddelenbeleid ten behoeve van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen en vaccins.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over strengere regels voor toelating van behandelingen en geneesmiddelen. Het CDA denkt daarbij aan een grotere rol voor het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarbij past ook de visie van het CDA, ondersteund door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), dat alle behandelingen vooraf worden getoetst op bewezen effectiviteit voordat een behandeling wordt vergoed.**

Het is aan een volgend kabinet om inhoudelijk te reageren op de aanbevelingen van de WRR. Het is niet opportuun daar nu, op onderdelen, al op vooruit te lopen.

Wij zijn het wel eens met het CDA dat we kritisch moeten kijken hoe we effectieve zorg van kwaliteit het beste kunnen realiseren. Dit thema heeft al langer de aandacht. Er zijn programma's specifiek gericht op het bevorderen van gepast gebruik en kwaliteit van zorg, waaronder de programma's Uitkomstgerichte Zorg, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en verschillende ZonMw-programma's. In deze programma's ligt de focus op het verbeteren van de kwaliteit van zorg door middel van kennis over de effectiviteit en relevante uitkomsten. Ook de overheid heeft hierbij een rol, waaronder het scheppen van de juiste randvoorwaarden om implementatie te bevorderen. Daar hebben het Zorginstituut, de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ook (wettelijke) taken in. Ten slotte zijn wij zelf samen met deze partijen en het veld aan het verkennen hoe we de volgende stap kunnen zetten en welke (wettelijke) instrumenten daarvoor nodig zijn.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) waarom ziekenhuizen niet zijn verplicht te participeren in belangrijke kwaliteitsregistraties zoals NEED (Netherlands Evaluation Emergency Database) want dan zouden normen kunnen worden gesteld.**

Kwaliteitsregistraties zijn onmisbaar om zorgverleners te laten leren en daarmee de zorg te verbeteren. Tegelijkertijd zorgen kwaliteitsregistraties voor grote administratieve lasten voor ziekenhuizen. Om die reden hebben de partijen van het bestuurlijk akkoord medisch specialistische zorg stappen gezet om te komen tot een betere governance van kwaliteitsregistraties (advies van de Commissie Van der Zande en rapport van de kwartiermaker Hugo Keuzenkamp). In het wetsvoorstel Kwaliteitsregistraties zorg wordt geregeld dat kwaliteitsregistraties in de medisch specialistische zorg, nadat is vastgesteld dat die het algemeen belang dienen, in een (nieuw) register voor kwaliteitsregistraties van het Zorginstituut worden opgenomen. Zodra een kwaliteitsregistratie in dat (nieuwe) register van het Zorginstituut is opgenomen, zijn ziekenhuizen verplicht gegevens aan te leveren aan die betreffende kwaliteitsregistratie. In juli 2021 is de internetconsultatie van dit wetsvoorstel Kwaliteitsregistraties zorg afgerond. Op dit moment worden de reacties van de internetconsultatie op dit wetsvoorstel verwerkt. Verder ben ik nog in afwachting van de uitvoeringstoets van Zorginstituut Nederland en het advies van de Autoriteit Persoonsgegevens. Ik hoop het wetsvoorstel begin 2022 aan uw Kamer aan te bieden.

Naast genoemd wetsvoorstel zijn inmiddels de Inhouds-governancecommissie en de Data-governancecommissie van start gegaan (zie ook Kamerstukken, 2020-2021, 29 248, nr. 331). Deze governancecommissies zijn opgericht door de partijen van het bestuurlijk overleg medisch specialistische zorg. Ook hebben deze partijen het takenpakket van deze commissies geaccordeerd. Deze governancecommissies zullen zo spoedig mogelijk een toetsingskader/normenkader ontwikkelen om kwaliteitsregistraties te toetsen. Zodra dit toetsingskader gereed is, kunnen kwaliteitsregistraties zoals NEED, een verzoek indienen bij beide governancecommissies om te worden getoetst. Na een positieve toetsing worden ziekenhuizen geacht, vooruitlopend op de inwerkingtreding van het wetsvoorstel, verplicht gegevens aan te leveren aan kwaliteitsregistraties die voldoen aan het toetsingskader.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over duidelijke normen met betrekking tot bereikbaarheid en kwaliteit, ook in Caribisch Nederland.**

De boodschap van de WRR is dat we beter moeten waarborgen dat de kwaliteit en toegankelijkheid in kwetsbare delen van de zorg aan de norm voldoet. Ik onderschrijf die boodschap. Daarvoor moeten de minimum normen voor alle patiënten en in alle levensloofasen op orde zijn.

Kwaliteit en bereikbaarheid worden in verschillende onderdelen van de zorg op verschillende manieren geborgd, via professionele en kwaliteitsstandaarden voor zorgaanbieders en zorgverleners, via de zorgplicht voor zorgverzekeraars en zorgkantoren en de wettelijke taken van gemeenten en via bestuurlijke afspraken. Sommige normen zijn heel concreet en wettelijk geregeld, zoals met betrekking tot de bereikbaarheid van de acute zorg, op andere onderdelen moeten zorgpartijen zelf invulling geven aan hoe zij waarborgen dat de zorg kwalitatief goed en bereikbaar is, zoals bijvoorbeeld bij de professionele en kwaliteitsstandaarden. Voor zover het gaat om kwaliteitsstandaarden kan een norm via de doorzettingsmacht van het Zorginstituut worden afgedwongen.

Voor een goede kwaliteit en bereikbaarheid is ook van belang dat het zorgaanbod in de regio goed aansluit bij de zorgvraag. Via de doorontwikkeling van de regiobeelden stimuleert en faciliteert VWS dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten vooruit kijken en in hun inkoopbeleid anticiperen op ontwikkelingen in de zorgvraag. Daarnaast heeft het kabinet ideeën gepresenteerd voor een toekomstbestendige acute zorg in de Houtskoolschets acute zorg. Deze ideeën hebben bijvoorbeeld betrekking op zorgcoördinatie en acute zorg dichtbij waar het kan en verder weg als dat met het oog op de kwaliteit of doelmatigheid nodig is. Uw Kamer heeft deze houtskoolschets controversieel verklaard. Tegelijkertijd is er een breed erkende noodzaak om te zorgen dat de acute zorg in de toekomst crisisbestendig en robuust is en om een goede balans te zoeken in kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de acute zorg. Hier ligt dan ook een grote uitdaging voor een nieuw kabinet.

Ook in Caribisch Nederland werkt het ministerie van VWS aan het voortdurend verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Uitgangspunt is dat de zorg toegroeit naar een met Europees Nederland vergelijkbaar kwaliteitsniveau, waarbij rekening wordt gehouden met wat er in de regio mogelijk is. De COVID-crisis in het Caribische deel van het Koninkrijk heeft duidelijk gemaakt dat een verdergaande samenwerking tussen de CAS- en de BES-eilanden noodzakelijk is om een hogere kwaliteit mogelijk te maken en te houden. De problemen die in Europees Nederland spelen, zoals het groeiende tekort aan zorgpersoneel, spelen in het Caribische deel van het Koninkrijk eveneens. Door samenwerking van ziekenhuizen in de regio te stimuleren (door middel van de Dutch Caribbean Hospital Association) heeft het ministerie van VWS de ambitie om de bereikbaarheid van de zorg in de Caribische regio te verhogen en uitzendingen naar Colombia te verminderen.

Het waarborgen van de kwaliteit en bereikbaarheid in alle onderdelen van de zorg is een belangrijk onderdeel van houdbaarheid van de zorg. Dit onderwerp zal dan ook aan bod komen in de kabinetsreactie op het WRR rapport die door een volgend kabinet zal worden opgesteld.

**Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeentes eenduidige eisen moeten stellen aan verantwoording. Dus geen 30 pagina's die een GGZ-instelling moet invullen voor een specialistische behandeling.**

**Kwaliteitsregistraties die automatisch zijn gekoppeld aan patiëntendossiers in plaats van handmatig. ICT-leveranciers die hopelijk met de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (WEGIZ) gedwongen gaan worden eenduidige systemen te maken qua taal, techniek en koppelingen.**

Ik ben het met de fractie van het CDA eens dat de administratieve lasten en ervaren regeldruk in de zorg verder omlaag moeten. En dat dat een gezamenlijke inspanning vergt van financiers, toezichthouders, zorginstellingen zelf, het ministerie van VWS en andere betrokken partijen. De afgelopen periode is hier reeds intensief aan gewerkt in het programma [Ont]Regel de Zorg, en dat heeft ook tot resultaten geleid. Meer dan 100 concrete, door zorgverleners aangekaarte knelpunten zijn opgelost en VWS heeft zorginstellingen met verschillende instrumenten geholpen om aan de slag te gaan met lokale regeldruk. In de monitoring is dan ook een vermindering van de ervaren regeldruk zichtbaar. Wat mij betreft nog niet substantieel genoeg, en ook nog niet over de gehele breedte, maar het is wel een kentering. De komende periode moeten we daarop

voortbouwen en blijft dit dus aandacht vragen, van het kabinet en van alle hierbij betrokken partijen. Ik kan me voorstellen dat de herkenbare voorbeelden, zoals de fractie van het CDA noemt, in de vervolgaanpak van een nieuw kabinet een plek krijgen. Regeldruk is immers een veelkoppig monster met verschillende verschijningsvormen. De voorbeelden illustreren ook de ervaren regeldruk die het gevolg is van gebrekkige ICT-oplossingen. Daarop zetten we in met de WEGIZ en ik neem ook regie op andere randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om de juiste informatie op de juiste plek te krijgen. Besluitvorming over de vervolgaanpak is echter aan het volgende kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over wettelijke belemmeringen zoals Wgbo en Wabvpz in gegevensuitwisselingen waar artsen tegenaan lopen en hoe het staat met de toezegging van 14 juni jl. om een overzicht te maken van alle wetgeving die adequate gegevensuitwisseling in de weg staat.**

Ik heb vlak voor het herfstreces een brief over regie op gegevensuitwisseling aan uw Kamer gezonden (Kamerstuk 2020/21, 27 529, nr. 268). Hierin geef ik aan te onderzoeken of de wettelijke grondslagen voor gegevensverwerking nog in lijn zijn met de omslag van papier naar digitaal. De Wgbo en de Wabvpz worden hierin meegenomen. Ik zal uw Kamer hier rond de jaarwisseling verder over informeren.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) of de minister bereid is in gesprek te gaan over de tijd die nodig is voor verantwoording voor eerstelijnsaanbieders.**

Er zijn bij de totstandkoming van de Regeling openbare jaarverantwoording meerdere gesprekken met de Eerstelijnscoalitie gevoerd. Op basis van deze gesprekken is de Regeling openbare jaarverantwoording Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) ten opzichte van de concept-regeling zodanig aangepast dat de administratieve lasten voor alle zorgaanbieders zijn verminderd. Hiermee ben ik tot een regeling gekomen waarin ik naar mijn mening een goede balans heb gevonden. Een balans die zowel rekening houdt met de behoefte vanuit de maatschappij, cliëntenraden, gemeenten, Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en externe toezichthouders aan een meer openbare jaarverantwoording, als met de belangen van de kleine zorgaanbieders. Ik heb belangrijke stappen gezet om tegemoet te komen aan de bezwaren vanuit de Eerstelijnscoalitie op het terrein van privacy en openbaarmaking van gegevens.

Ik ben uiteraard bereid om met de Eerstelijnscoalitie in gesprek te gaan over hoe we het in de uitvoering van de Regeling nog makkelijker kunnen maken. Ook de toezichthouders en het CBS gaan dat gesprek aan. De openbare jaarverantwoordingsplicht vraagt gewenning van de sectoren van zorgaanbieders waarvoor deze verplichting nieuw is. Daarom zal ik een vinger aan de pols houden als het gaat om de uitvoerbaarheid en werkbaarheid van de openbare jaarverantwoording. Tevens wordt een commissie ingesteld die op basis van de ervaringen van partijen een advies kan geven over mogelijke verbeteringen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over het onderzoeken of de opleiding tot tandarts een jaar korter kan, zoals ook in de ons omringende landen.**

Zoals bekend is tandheelkunde een initiële opleiding die primair onder de verantwoordelijkheid van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

(OCW) valt. Naar ik heb begrepen is deze vraag ook aan haar gesteld in het kader van de begrotingsbehandeling van OCW. De vraag zal dan ook binnenkort door haar worden beantwoord.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over hoe de minister aankijkt tegen meer preventief investeren in mantelzorgers - omdat het aantal beroepskrachten steeds krappere wordt - en daarbij tijdig vragen wat iemand nodig heeft om het langer vol te houden, waardoor mensen langer thuis kunnen blijven.**

Het preventief ondersteunen van mantelzorgers is een belangrijk doel geweest vanuit het programma Langer Thuis. Op die manier kan overbelasting bij hen voorkomen worden en kunnen ouderen langer thuis blijven wonen. Daarom is vorig jaar de landelijke campagne #deeljezorg gestart, om mantelzorgers vroegtijdig bewust te maken van het belang van het delen van hun zorgtaken om zo de zorg voor hun naaste beter vol te kunnen houden. Ook goede respijtzorg en logeerszorg is belangrijk en ook daar zet ik vanuit Langer Thuis samen met VNG en MantelzorgNL volop op in. Ik deel dus met het lid Werner het belang van inzetten op "voorzorg".

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg, op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over het vervolg na het programma Onbeperkt Meedoen in 2022, de middelen voor 2022, en welke onderdelen geslaagd en minder geslaagd zijn.**

Bij de start van het programma was het duidelijk dat de implementatie van het VN-verdrag handicap een langlopend traject zou zijn dat niet in één regeerperiode afgerond kon worden. Als vervolg op de inspanningen uit de afgelopen periode is mijn ambitie om nu met diverse partners door te bouwen aan een inclusieve samenleving. De invulling hiervan is aan een volgend kabinet. Een geslaagd onderdeel is het inzetten op bewustwording en positieve beeldvorming en het stimuleren van de inzet van ervaringsdeskundigheid. Verder zie ik veel interesse om verdere concrete stappen te zetten op een aantal aan het VN-verdrag verbonden inhoudelijke opgaven, zoals bijvoorbeeld de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt en het vormgeven van een toegankelijke en inclusieve stad. In de eindrapportage die uw Kamer half november ontvangt ga ik nader in op kansrijke uitgangspunten voor een volgende fase. Het ministerie van VWS heeft voor het coördineren van de implementatie van het VN-verdrag jaarlijks circa € 4 miljoen beschikbaar gesteld gedurende de looptijd van dit programma, van 2018 tot en met 2021. Dit budget is ook beschikbaar voor 2022. Dit budget betreft niet de middelen voor specifieke onderdelen van de implementatie, zoals bijvoorbeeld de toegankelijkheid van het openbaar vervoer of de digitale toegankelijkheid van overheidswebsites. Er is in het kabinet afgesproken dat elk departement dat aan het programma *Onbeperkt meedoen!* deelneemt zijn inzet vanuit eigen middelen financiert.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over of er bij domeinoverstijgende zorg voldoende rekening wordt gehouden met de rol van mantelzorgers.**

Om de samenwerking tussen domeinen te verbeteren, is het wetsvoorstel domeinoverstijgende samenwerking (DOS) afgelopen voorjaar geconsulteerd. Met dit wetsvoorstel kunnen zorgkantoren rechtmatig investeren in het sociale domein als zwaardere en/of duurdere zorg voorkomen kan worden. Mantelzorgers kunnen een belangrijke rol spelen in het voorkomen van een zwaardere zorgvraag. In

bijvoorbeeld de DOS-pilots in Ede, Dongen en Hollandscheveld wordt voorzien in een persoon die samen met kwetsbare ouderen en hun naasten zorg én welzijn arrangeert. Die persoon maakt daarbij volop gebruik van de mogelijkheden die de omgeving biedt, zoals de burens, het buurthuis en beschikbare vrijwilligers. Mensen kunnen hierdoor langer thuis blijven wonen met de juiste ondersteuning. Het is aan een volgend kabinet om een besluit te nemen over het vervolg van het wetsvoorstel.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over de ontbrekende groep mensen met een verstandelijke beperking die semi zelfstandig wonen (met Wlz indicatie zonder verblijf) in de toekomstagenda 'zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking'. Kan de minister deze groep toevoegen aan de toekomstagenda?**

Juist omdat de Toekomstagenda integraal wil kijken naar vraagstukken rond mensen met een beperking, over de domeinen heen, maakt deze groep al onderdeel uit van de vijf thema's van de Toekomstagenda. Bijvoorbeeld omdat het gaat over mensen met een licht verstandelijke beperking, of omdat zij een specifieke vraag hebben over cliëntondersteuning of omdat ze meer eigen regie kunnen verkrijgen door het toepassen van zorgtechnologie. De nadere invulling van de Toekomstagenda, inclusief de vraag welke middelen daarvoor beschikbaar zullen zijn, is aan het volgende kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Werner (CDA) over het vragen van voorlichting aan de Raad van State over het facultatief protocol bij onder meer het VN-verdrag handicap.**

Onlangs heeft u de beantwoording van vragen uit het schriftelijk overleg van 25 mei 2021 over het facultatief protocol bij het VN-verdrag handicap ontvangen (Kamerstukken 2020/21, 33 826, nr. 41). Zoals ik in deze beantwoording aangaf, vind ik het van belang dat er meer inzicht in de financiële en juridische implicaties van ratificatie van het protocol gaat ontstaan. Hierover vraag ik de Raad van State om voorlichting. Voorlichting is in dit verband een juridische term voor advies vragen. Op basis van de verkregen voorlichting kan een volgend kabinet verder te zetten stappen in overweging nemen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over dat er sterk wordt bezuinigd op de actieprogramma's, waardoor de verbeteringen verloren dreigen te gaan. Hoe gaat het kabinet hiermee om?**

Er is in de afgelopen kabinetsperiode door het kabinet via actieprogramma's fors geïnvesteerd om de zorg te versterken en te verbeteren. Het kabinet heeft oog voor de borging van de resultaten van deze programma's. Waar nodig stellen we komend begrotingsjaar ook aanvullende middelen beschikbaar om de bereikte verbeteringen te borgen. Zo stellen we bijvoorbeeld voor 2022 voor het programma 'Geweld hoort nergens thuis' 5 miljoen euro beschikbaar en voor het programma 'Kansrijke Start' 7 miljoen euro. Verdere besluitvorming over middelen voor de komende periode is aan het nieuwe kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het vergoeden van anticonceptie vanuit de overheid. Vrouwen hebben meer zorgkosten en hebben meer bijdragen rondom zwangerschap en zwanger worden.**

Om zorg nu en in de toekomst betaalbaar te houden, moeten we kritisch kijken naar wat er vergoed wordt uit het basispakket en hoe we omgaan met het collectief financieren van wensen uit de samenleving. Het uitgangspunt voor financiering vanuit het basispakket is dat er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Bij anticonceptie is dit niet het geval. Daar komt bij dat de rechter in een recente rechtszaak, aangespannen door bureau Clara Wichmann, bepaald heeft dat anticonceptie voldoende betaalbaar is en niet door de overheid beschikbaar hoeft te worden gesteld. De eigen bijdrage voor de poliklinische bevalling en kraamzorg zijn bovendien onderdeel van veel aanvullende verzekeringen, waaronder gemeentepolissen. Daarnaast krijgen gemeenten vanaf 2017 structureel 268 miljoen euro waarmee zij financieel maatwerk kunnen leveren in verband met zorgkosten.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) of de minister de problematiek herkent dat veel zorgverleners onvoldoende kennis en expertise hebben om complexe vragen bij euthanasie op te pakken. Dit leidt tot wachtlijsten bij euthanasie.**

Ik vind het schrijnend dat mensen met complexe euthanasieverzoeken soms lang moeten wachten totdat hun verzoek in behandeling wordt genomen. Dit heeft verschillende oorzaken. Ik ben daarom in gesprek met betrokken zorginstellingen, het Expertisecentrum Euthanasie en beroeps- en brancheorganisaties over tijdige en passende zorg voor patiënten met een euthanasieverzoek. Versterking van kennis en expertise van artsen is één van de manieren om meer artsen beschikbaar te krijgen die bereid zijn om complexe euthanasieverzoeken in behandeling te nemen. Het is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen om te voorzien in voldoende scholing en consultatie. De expertise van het Expertisecentrum Euthanasie is daarbij van toegevoegde waarde, zeker voor de complexe categorieën van euthanasieverzoeken.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Westerveld (GL) over het doorgaan met de implementatie van het VN-verdrag handicap.**

In de afgelopen kabinetsperiode is met het kabinetsbrede programma *Onbeperkt meedoen!* gewerkt aan de implementatie van het VN-verdrag handicap en het wegnemen van drempels die mensen met een beperking ervaren. Bij de start van het programma was het duidelijk dat de implementatie van het VN-verdrag handicap een langlopend traject zou zijn dat niet in één regeerperiode afgerond kon worden. Als vervolg op de inspanningen uit de afgelopen periode is mijn ambitie om nu door te bouwen aan een inclusieve samenleving. Hierover ben ik met diverse partners in gesprek. De definitieve invulling van de vervolgaanpak op het VN-verdrag is aan een volgend kabinet. In de eindrapportage van het programma die uw Kamer half november ontvangt ga ik nader in op kansrijke uitgangspunten voor een volgende fase.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) op de vraag hoe de minister aankijkt tegen het feit dat in Nederland de ouderenzorg een flinke wooncomponent heeft terwijl veel landen om ons heen dat niet hebben, en of dit een vertekent beeld van de zorgbegroting geeft.**

Het klopt dat de vergoeding van de wooncomponent leidt tot extra uitgaven in de Wet Langdurige zorg (Wlz) en dat daarmee het uitgavenniveau van de langdurige zorg in Nederland relatief hoog is in vergelijking met landen waar de

wooncomponent niet wordt vergoed, zoals in Duitsland. In Nederland hebben we ervoor gekozen om de wooncomponent onderdeel te laten zijn van de verzekerde aanspraak voor cliënten met een Wlz-indicatie. De wooncomponent beslaat grosso modo 10-15% van de totale uitgaven aan (intramurale) ouderenzorg. Mede door de hoge intramurale kosten zijn de uitgaven voor langdurige zorg in Nederland 3,9% van het BBP en in Duitsland 2,3% van het BBP (jaar 2018 Bron OECD 2020).

Daar staat tegenover dat cliënten in Nederland een hoge eigen bijdrage betalen, indien zij verblijven in een instelling (maximaal € 2.469 per maand). Een betere vergelijking van de uitgaven ontstaat daarom door uit te gaan van de netto zorguitgaven, waarin is gecorrigeerd voor de eigen bijdragen Wlz.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) met het oog op het WRR rapport hoe de minister bereikt dat aan het einde van het jaar bij alle gemeenten echt concrete afspraken liggen over wonen en zorg, en of hier middelen voor nodig zijn.**

De afspraak dat in elke gemeente prestatieafspraken over wonen en zorg liggen eind 2021 is bijzonder ambitieus, maar geeft wel een hele duidelijke richting aan. Uit onderzoek van RIGO blijkt dat 97% van de onderzochte gemeenten afspraken hebben over toegankelijkheid, kwetsbare bewoners of specifieke woonvormen (zie ook RIGO (2020) 'Afspraken over de fysieke toegankelijkheid'). Aedes, Actiz, VNG, ZN en de ministeries van BZK en VWS hebben afspraken gemaakt waarmee we een stap verder gaan. Afgesproken is dat in elke gemeente medio 2021 een woonzorgvisie moet zijn gemaakt en eind 2021 prestatieafspraken worden gemaakt over wonen én zorg. Uit onderzoek van SiRM/Finance Ideas blijkt dat 346 van de 352 gemeenten een woonzorgvisie heeft (zie [www.taskforcewonenzorg.nl](http://www.taskforcewonenzorg.nl)). De volgende stap is het maken van de prestatieafspraken. De Taskforce Wonen en Zorg stimuleert de totstandkoming van deze bredere prestatieafspraken met de inzet van een landsdekkend netwerk van ambassadeurs. Als het lokale partijen niet lukt om te komen tot prestatieafspraken kunnen ze dit aangeven bij de Taskforce. Met hulp van ambassadeurs en beschikbare ondersteuningsinstrumenten probeert de Taskforce dilemma's en knelpunten weg te nemen. Aanvullend kunnen ook de koepels en het Rijk informeel contact leggen met achterblijvende regio's en gemeenten. Als ook deze uitnodiging niet tot het gewenste resultaat leidt wordt dit besproken in de Stuurgroep Wonen en Zorg, waarna zo nodig branches op hun betrokken leden een beroep doen om alsnog in beweging te komen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over hard verder te werken aan het Nationale Preventieakkoord Mentale Gezondheid, in het bijzonder mentale kwetsbaarheid, het vergroten van mentale weerbaarheid en het taboe in de samenleving wegnemen.**

Ik heb u op 15 oktober jl. per brief geïnformeerd over de voortgang van de Verkenning Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid. Deze verkenning laat zien dat urgentie en draagvlak wordt gevoeld door alle betrokken partijen om gezamenlijk preventief aan de slag te gaan. In deze brief heb ik een aantal vervolgstappen aangekondigd. Zo werk ik samen met de minister van Onderwijs Cultuur en Wetenschap (OCW) aan het landelijke onderzoek naar mentale gezondheid onder studenten in het hoger onderwijs en onder studenten in het middelbaar beroepsonderwijs. Samen met de Nationale Jeugdraad (NJR) richten we dit jaar nog een jongerenpanel mentale gezondheid op. Verder is er nog het

programma Welbevinden binnen Gezonde School-aanpak. Ik zal uw Kamer begin 2022 informeren over de vervolgstappen van de verkenning.

Het lid Bikker vraagt specifiek aandacht voor mentale kwetsbaarheid en mentale weerbaarheid. Ik heb diverse activiteiten ingezet om de kwetsbare jongeren te ondersteunen en de weerbaarheid te vergroten. Ik noem steunpakketten van ruim € 100 mln. Van eind 2020 en voorjaar 2021 om contacten te faciliteren en activiteiten te organiseren voor lichte mentale ondersteuning. Hierbij hebben vooral jeugd- en jongerenwerk forse inzet gepleegd om kwetsbare jeugdigen te helpen. Ruim € 10 mln. is ingezet via landelijke organisaties voor bijvoorbeeld het organiseren van fysieke inloopbijeenkomsten voor en door jongeren met mentale problemen (@ease).

Ook wil ik u wijzen op de Publiekscampagne “Hey, het is oké”. Deze jongerencampagne loopt sinds 2018 en deelt onder meer ervaringsverhalen via influencers op social media. Deze campagne draagt bij aan het wegnemen van het taboe in de samenleving met betrekking tot jongeren met psychische zorgen en/of problemen.

Nu coronamaatregelen grotendeels zijn teruggedraaid, zien we onder meer in het RIVM-gedragsonderzoek dat een groot deel van de jongeren grote veerkracht heeft en dat het mentale welzijn daarmee weer toeneemt. Tegelijkertijd weten we nog niet of en welke specifieke groepen jongeren achterblijven in mate van mentaal welzijn. Daarom blijven we dit ook de komende jaren goed monitoren om gericht beleid in te kunnen zetten voor jongeren die mentaal kwetsbaar zijn.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over of de minister inzicht kan geven in wat goede financieringsopties zijn voor de inzet van tolken in de zorg en of de minister een voorstel kan doen voor een afgewogen besluit over een structurele aanpak voor de inzet van tolken in de zorg?**

Ik ben reeds in gesprek met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de financiering van de talentolk in de zorg, met als doel knelpunten in de praktijk op te lossen. Samen met de NZa zal ik de verschillende financieringsopties voor de talentolk in de zorg in kaart brengen. Daarbij heeft het mijn voorkeur dat de financiering van noodzakelijke inzet van de talentolk zoveel mogelijk via bestaande structuren verloopt. Bij het in kaart brengen van de opties zal in ieder geval aandacht zijn voor de uitvoerbaarheid. Ook vind ik het belangrijk dat er geen risico bestaat op dubbele financiering. In de huidige bekostiging zijn tolkenkosten namelijk (deels) al verdisconteerd in de door de NZa vastgestelde (maximum)tarieven. Het is tevens van belang om aansluiting te zoeken bij de zorgbrede kwaliteitsstandaard die veldpartijen op dit moment ontwikkelen. Deze zal beschrijven op welke momenten de inzet van een tolk noodzakelijk is, hoe dat doelmatig kan gebeuren en wat de verwachte budgetimpact daarvan zal zijn. Overigens heeft de NZa voor de geestelijke gezondheidszorg in overleg met veldpartijen besloten per 2022 een aparte prestatie in de vorm van een toeslag in te stellen voor de talentolk. Hiertoe hebben veldpartijen in deze sector ook vastgelegd in welke gevallen de inzet van een tolk noodzakelijk is, vooruitlopend op de in ontwikkeling zijnde kwaliteitsstandaard. Dit is een mooi voorbeeld van een oplossing binnen de bestaande structuren.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over het abrupt stoppen van de aanpak dakloosheid omdat de formatie niet rond is, en hoe voorkomen kan worden dat er een gat valt en wat daar voor**

**nodig is.**

Het Rijk, gemeenten en andere partijen hebben de afgelopen jaren samengewerkt aan de aanpak van dakloosheid. De brede aanpak dakloosheid: 'een (t)huis een toekomst' en het actieprogramma dak- en thuisloze jongeren richten zich vooral op het voorkomen van dakloosheid, vernieuwing van de opvang en het realiseren van passende woonplekken met begeleiding. De programma's en de hieraan gekoppelde financiering lopen eind 2021 af. Van belang daarbij te melden is dat een deel van de centrumgemeenten de middelen voor de brede aanpak dakloosheid: 'een (t)huis een toekomst' gedeeltelijk heeft kunnen doorschuiven naar 2022. Het is aan een nieuw kabinet eventueel extra middelen vrij te maken voor de aanpak van dakloosheid, aanvullend op de €385 miljoen voor de maatschappelijke opvang die centrumgemeenten jaarlijks ontvangen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Bikker (CU) over reclamebereid in supermarkten: deze Kamer heeft zich uitgesproken over de wenselijkheid van 80% van de reclame in supermarktfolders voor producten uit de schijf van vijf, in plaats van de huidige 80% voor producten buiten de schijf van vijf. De ACM heeft recent aangegeven hier geen bezwaren in te zien. Hoe krijgt dit een vervolg?**

Ik ben na de uitspraak van de ACM in gesprek gegaan met de brancheorganisatie van de supermarkten. Ik informeer uw Kamer begin november over de uitkomst hiervan.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bikker (ChristenUnie) over hoe de minister aankijkt tegen een verlaging van de eigen bijdrage in de Wlz en een maximering van de eigen bijdrage aan hulpmiddelen.**

Het is ongewenst als mensen vanwege financiële redenen geen toegang hebben tot zorg of afzien van noodzakelijke zorg. Iedereen in Nederland heeft toegang tot kwalitatief goede zorg tegen een betaalbare prijs. Er zijn zowel op landelijk als gemeentelijk niveau verschillende maatregelen genomen om ongewenste zorgmijding tegen te gaan. Op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg is te zien dat het percentage van de mensen dat aangeeft de afgelopen twaalf maanden te hebben afgezien van zorg vanwege de kosten (niet specifiek het eigen risico), is afgenomen van 16% in 2016 naar 7% in 2020. Daarnaast heeft het kabinet meerdere maatregelen genomen om de stapeling van zorgkosten te verminderen, waaronder het verlagen van het marginale tarief en de vermogensinkomensbijtelling, waardoor de eigen bijdrage voor de Wet langdurige zorg (Wlz) is verlaagd. Onlangs is een wetsvoorstel aangenomen om het verplicht eigen risico voor 2022 te bevriezen op 385 euro. Het is aan een volgend kabinet om desgewenst nieuwe wijzigingen aan te brengen in de eigen betalingen. Ik hecht eraan om te benadrukken dat de financiering van de zorg een hoge mate van solidariteit kent. Vergeleken met de ons omringende, vergelijkbare landen zijn de eigen betalingen in Nederland laag. De eigen betalingen (cure en care) bedragen circa 11% van de totale zorguitgaven. Dat is iets hoger dan Frankrijk (9%), maar een stuk lager dan in bijvoorbeeld België (18%) en Zwitserland (25%).

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Van Esch van de Partij voor de Dieren over het door de WHO benoemen van de klimaatcrisis als grootste bedreiging voor de volksgezondheid. Luchtvervuiling, hittegolven, voedselschaarste en overstromingen bedreigen de hele wereld en zetten de zorg juist in kwetsbare delen van de wereld zwaar**

**onder druk. Elke extra megaton CO2 die we uitstoten veroorzaakt 226 doden wereldwijd. Ook Nederland heeft te maken met hoge sterfte als gevolg van hittegolven. En medische vakbladen waarschuwen voor catastrofale gezondheidsschade als het niet lukt de opwarming van de aarde tot 1,5 grad Celsius te beperken. Erkent de minister dit gevaar?**

Ik herken inderdaad dat de WHO recent klimaatverandering het grootste gevaar voor de volksgezondheid heeft genoemd. Het RIVM heeft ook al meerdere onderzoeken gepubliceerd over de gezondheidsgevolgen voor Nederland. U kunt daarbij onder andere denken aan gevolgen van hitte, allergieën, uv-straling en infectieziekten. Het kabinet houdt inderdaad rekening met meerdere gevolgen van klimaatverandering voor de volksgezondheid. Al is het nog moeilijk die gevolgen precies te kwantificeren. Het ministerie van VWS bevordert de voorbereiding daarop als onderdeel van de Nationale Adaptatie Strategie, waarmee onder coördinatie van de minister van IenW wordt gewerkt aan klimaatadaptatie in Nederland. VWS heeft in april uw Kamer een brief gestuurd over het programma Gezonde Groene Leefomgeving (Kamerstukken 2020/21, 132793, nr. 549). Hierin wordt verwezen naar de in 2019 verschenen kennisagenda Klimaat en Gezondheid, waarin een fundament gelegd is voor onderzoek op het gebied van klimaatverandering en gezondheid. In samenwerking met andere ministeries zet VWS in op een gezamenlijke kennisprogrammering voor gezondheid, veiligheid, groen, milieu en inrichtingsopties.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid van Esch (PvdD) over hoe de minister die successen rond duurzame zorg gaat helpen verder uit te rollen naar andere zorginstellingen.**

Het ministerie van VWS steunt via het programma Duurzame Zorg de partijen die samen de Regiegroep vormen van de Green Deal 2.0. Dit zijn vertegenwoordigers van onder andere brancheorganisaties van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en banken. De regiegroep regisseert het ontwikkelen van kennis, uitvoeren van pilots en het zichtbaar maken van ervaringen en *best practices*. Het programma draagt bij aan de uitrol van de successen met het lanceren van een website voor zorgprofessionals: [www.vergroendezorg.nl](http://www.vergroendezorg.nl). Met de links naar initiatieven van zorgorganisaties wordt betrouwbare informatie ontsloten. Daarnaast zijn het jaarlijkse congres en webinars over vraagstukken georganiseerd met Green Deal-partners succesvolle instrumenten om successen bekend te maken. Voor de verduurzaming van de gebouwen is het Expertisecentrum Duurzame Zorg opgericht. Een organisatie van professionals uit het Milieuplatform Zorg en TNO. Voor organisaties die op basis van meerjarige huisvestingsplannen (portefeuille routekaarten) renoveren of nieuwbouw plegen is dit centrum een bron van kennis. Ik verwacht dat het nieuwe kabinet de dialoog met de zorgsector zal starten om invulling te geven aan het commitment van de staatssecretaris van VWS en mijzelf aan het initiatief van de WHO en het Verenigd Koninkrijk om de verduurzaming van de zorg te bevorderen. De effecten van het klimaat op de gezondheid van mensen staat voor het eerst op de klimaatop in Glasgow COP26 op de agenda.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over dat virologen bezorgd zijn over het toenemende aantal mensen dat op dit moment in China besmet raakt door het vogelgriepvirus. Mogelijk is een nieuwe variant ontstaan die verwant is aan H5N8 die in Nederland rondgaat. Heeft de minister kennisgenomen van het nieuws over de vogelgriepvirussen en wat gaat hij daaraan doen? De expertgroep zoönosen kwam in dit kader met een aantal glasheldere aanbevelingen; verminder het aantal dieren in de veehouderij, verminder het aantal**

**dieren per bedrijf en per regio, verminder het aantal pluimveebedrijven in waterrijke gebieden, neem maatregelen tegen klimaatverandering en biodiversiteitsverlies en pak die overconsumptie van dierlijke producten aan. Waar blijven die kabinetsplannen om hier werk van te maken? Deze minister heeft de grondwettelijke verantwoordelijkheid om de volksgezondheid te beschermen, maar zijn collega's van LNV en EZK ondermijnen wat de PvdD betreft die plicht. Wil de minister dat erkennen en er daarna werk van maken?**

Ik heb kennisgenomen van het recente nieuws over het vogelgriepvirus. De minister van LNV heeft maatregelen genomen en heeft uw Kamer hierover inmiddels ook geïnformeerd in een brief d.d. 26 oktober (Kamerstuk 2021Z18518).

Mevrouw van Esch vraagt wanneer uw Kamer een reactie kan verwachten op het rapport Bekedam, waarin aanbevelingen zijn gedaan om het huidige zoönosenbeleid te versterken. De minister van LNV en ik zullen uw Kamer - in vervolg op onze eerdere brief van 6 juli jl. (TK 2020/21, 25 295, nr. 1357) - vóór de kerst met een voortgangsbrief informeren. Zoals in de brief van 6 juli aangegeven, hecht het kabinet er waarde aan om deze periode te benutten voor gesprekken met belanghebbenden, zoals veehouders, natuurorganisaties, zorgpartijen en kennisinstellingen over dit rapport. Zo kunnen de voorbereidingen worden getroffen voor een meerjarig actieplan zoönosen in 2022 ter versterking van het bestaande zoönosenbeleid. De definitieve besluitvorming over een meerjarig actieplan zoönosen is aan een nieuw kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid van Esch (PvdD) over dat het Planbureau van de Leefomgeving constateert dat na 12 jaar het beleid voor eiwittransitie nog steeds in de kinderschoenen staat. Gaat de staatssecretaris zich nu wel hard maken voor de concrete doelstellingen en concrete maatregelen om de eiwittransitie eindelijk van de grond te krijgen?**

Op dit moment werkt de overheid samen met het Voedingscentrum aan het bereiken van een balans van 50/50 in consumptie van dierlijke en plantaardige eiwitten volgens de Schijf van Vijf. Deze balans hebben we nog niet bereikt; momenteel eten we gemiddeld in een verhouding van 60/40. Er liggen nog voldoende uitdagingen om op het gewenste punt te komen. Het is aan het volgende kabinet om eventuele nieuwe doelstellingen te formuleren en aanvullende maatregelen te nemen. Hierover heb ik uw Kamer in een gezamenlijke brief met minister Schouten van LNV recent geïnformeerd (Kamerstuk 2021/22, 32 793, nr. 570).

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid van Esch (PvdD) over Zoönose ziektes zoals vogelgriep en de motie van de PvdD over het verminderen van het aantal dieren in de veehouderij, verminderen van het aantal bedrijven in waterrijke gebieden en het nemen van maatregelen tegen klimaatverandering, overconsumptie, etc. Vraag: We zijn benieuwd waar die kabinetsplannen nou blijven om hier werk van te maken? Wanneer kunnen we die verwachten?**

Mevrouw Van Esch vraagt wanneer uw Kamer een reactie kan verwachten op het rapport Bekedam, waarin aanbevelingen zijn gedaan om het huidige zoönosenbeleid te versterken. De minister van LNV en ik zullen uw Kamer - in vervolg op onze eerdere brief van 6 juli jl. (TK 2020-2021, 25 295, nr. 1357) - vóór de kerst met een voortgangsbrief informeren. Zoals in de brief van 6 juli

aangegeven, hecht het kabinet er waarde aan om deze periode te benutten voor gesprekken met belanghebbenden, zoals veehouders, natuurorganisaties, zorgpartijen en kennisinstellingen over dit rapport om zo de voorbereidingen te treffen voor een meerjarig actieplan zoönosen in 2022 ter versterking van het bestaande zoönosenbeleid. De definitieve besluitvorming over een meerjarig actieplan zoönosen is aan een nieuw kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) of het, gegeven alle rapporten over preventie, zin heeft om op dezelfde manier een preventieakkoord 2.0 te formuleren en het bedrijfsleven een plek aan tafel te geven.**

In het Nationaal Preventieakkoord hebben we met meer dan 70 partijen stevige ambities geformuleerd voor 2040 om roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht terug te dringen en Nederland gezonder te maken. Met de deelname van zowel gezondheidsorganisaties als de industrie aan de tafels 'problematisch alcoholgebruik' en 'overgewicht' hebben we breed maatschappelijke draagvlak gerealiseerd voor de afgesproken maatregelen, doelen en ambities. Het RIVM heeft in het voorjaar aangegeven dat er meer nodig is om de ambities te realiseren en heeft geïnventariseerd welke aanvullende maatregelen ingezet kunnen worden om die ambities waar te maken. Ik laat het aan een volgend kabinet om deze aanvullende maatregelen serieus te overwegen en met alle (en eventueel nieuwe) partijen een volgende stap te zetten om een NPA 2.0 te formuleren en uit te voeren.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid van Esch (PvdD) over waarom de accijnsheffing op tabak op het laatste moment is uitgesteld; kan de staatssecretaris uitleggen waarom?**

Het kabinet heeft besloten de verhoging op dit moment niet door te voeren, maar over te laten aan een nieuw kabinet.

**Antwoord op de vraag van het Kamerlid van Esch (PvdD) hoe de staatssecretaris kan voorkomen dat er gemarchandeerd kan worden met het verbod op prijsacties uit de nieuwe Alcoholwet?**

De NVWA houdt sinds 1 juli j.l. toezicht op de naleving van het verbod op prijsacties van meer dan 25% uit de Alcoholwet. Hiertoe controleert zij prijsaanbiedingen in winkels en online. Bij dit toezicht wordt o.a. gebruik gemaakt van meldingen die door burgers, bedrijven en medetoezichthouders, zoals gemeenten, doorgegeven kunnen worden. Bij overtreding van de regels volgt een maatregel. Tot nu toe zijn enkele boeterapporten opgemaakt. De toezichtsaanpak geldt voor zowel online aankopen als voor fysieke winkels. Hierbij kan worden gedacht aan supermarkten, slijters en webshops, maar ook bierkoeriers en online eetbezorgdiensten. Begin 2022 zal de NVWA rapporteren over het toezicht en haar eerste bevindingen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over de vraag hoe we gelet op de motie het budget voor preventie op niveau houden en er geen sprake is van budgetvermindering.**

Voor de uitvoering van de acties uit het Nationaal Preventieakkoord zijn tussen 2018 en 2022 tijdelijke regeerakkoordmiddelen toegekend. Deze middelen lopen nu af.

Daarnaast heb ik de Kamer geïnformeerd (Kamerstukken II, 2020/21, 25 295, nr. 1033) over de uitvoering van de motie van het lid Van Esch c.s. over een voorstel om het preventieakkoord op niveau te houden. Hierin is te lezen dat preventiebeleid onderdeel is van het steunpakket sociaal en mentaal welzijn en leefstijl, waarvoor in het totaal € 200 miljoen is uitgetrokken voor jeugd, kwetsbare groepen en voor leefstijl. Voor leefstijl is 59,5 miljoen uitgetrokken. Het doel van het steunpakket was om op korte termijn de negatieve gevolgen van de coronamaatregelen te dempen en structurele schade zo veel mogelijk te voorkomen. Het is aan een volgend kabinet om te investeren in een vervolg op het Nationaal Preventieakkoord

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over hoe het kabinet van plan is om de zorg te helpen om de CO2-uitstoot te verlagen gegeven het feit dat de green deal voor de zorg niet meer is dan een intentieverklaring.**

De staatssecretaris en ik hebben veel waardering voor de ambities en bijdragen die partijen die de “Green Deal 2.0 - Zorg voor een gezonde toekomst” hebben ondertekend. Dit geeft het vertrouwen dat de zorg bereid is om te veranderen. Dat gaat niet op stel en sprong. Er moet een nieuwe balans gevonden worden tussen duurzaamheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en veiligheid van de zorgverlening.

Terecht wordt geconstateerd dat de Green Deal 2.0 gericht is op het verwoorden van de ambities van ondertekenaars. Met de door de Kamer gevraagde evaluatie van de Green Deal wordt eind dit jaar duidelijk welke meerwaarde de Green Deal heeft gehad in de afgelopen jaren. Daarnaast wordt onderzocht op welke manier de resultaten van de verduurzaming zichtbaar kunnen worden gemaakt.

Voorts wordt in de komende maanden de ambitie geïnventariseerd van de verschillende partijen die in de zorg de Green Deal 2.0 dragen. De uitkomsten hiervan zullen de basis vormen voor een dialoog over het vervolg op de Green Deal. Daarbij zullen ook de behoefte, de rollen en de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren worden herijkt en zal er aandacht zijn voor de vraag over de vrijblijvendheid

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Esch van de Partij voor de Dieren over de inzet van het kabinet voor het mitigeren van de klimaatverandering. Realiseert de minister van volksgezondheid zich dat zijn collega's in het kabinet aansturen op die escalerende klimaatcrisis? Beseft hij zich wat de gevolgen op korte en lange termijn gaan zijn voor de Nederlandse volksgezondheid? Heeft hij die gevolgen in beeld? Zo nee, is hij bereid om deze gevolgen gedetailleerd in beeld te brengen voor de Nederlandse situatie? Wat gaat hij doen om het rücksichtsloze klimaatbeleid van zijn collega's bij te sturen om die zorgkosten op zijn dossier te kunnen verminderen?**

Het kabinet heeft het klimaatakkoord van Parijs ondertekend en vertaald in de Klimaatwet. Het kabinet heeft recent bij de Miljoenennota in september voor de komende jaren extra geld (€ 6,8 mld.) uitgetrokken om klimaatmaatregelen te versterken. VWS werkt samen met de betrokken ministeries en steunt hen in hun ambitie om vooral het gebruik van fossiele brandstoffen te verminderen. Niet alleen dragen we daarmee bij aan klimaatmitigatie, maar het zorgt naar verwachting ook voor vermindering van de luchtvervuiling en is daarmee belangrijk voor de gezondheid.

Zoals ik in mijn Kamerbrief van 16 april 2021 heb laten weten, wil ik de komende jaren een onderzoeksprogramma laten uitvoeren op het terrein van klimaat en gezondheid (Kamerstukken 2020/21, 32 793, nr. 549). Ook werkt het kabinet in het kader van de Nationale Adaptatie Strategie aan een monitor om de gevolgen van klimaatverandering te volgen.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid van Esch (PvdD) over is de staatssecretaris bereid om een pilot te starten op het gebied van gezonde lunch en extra bewegen op scholen, verdeeld over een aantal regio's om te kijken hoe we die ambitie nou in de praktijk kunnen brengen?**

Begin dit jaar heb ik aan uw Kamer een brief gestuurd (Kamerstuk 2020/21, 32 793, nr. 548) met daarin verschillende scenario's voor implementatie van een gezondere lunch en extra beweegaanbod op scholen. Deze scenario's zijn o.a. gebaseerd op ervaringen die reeds zijn opgedaan in Limburg, en gaan over hoe dit structureel vorm zou kunnen krijgen. Belangrijke voorwaarde voor structurele implementatie is dat deze vraag gestuurd is en dat zoveel mogelijk extra belasting van het onderwijsveld voorkomen wordt.

Het is aan een volgend kabinet om, in de bredere context van de benodigde investeringen en maatregelen in het kader van preventie, te beoordelen in hoeverre het wenselijk is om een van de genoemde scenario's tot uitvoering te brengen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over of het normaal is dat in de afgelopen 18 maanden geen stappen zijn gezet om de pandemische gereedheid te versterken (aantal IC-bedden is onvoldoende)?**

Al vanaf de eerste golf werkt het kabinet aan de versterking van de pandemische paraatheid en de vergroting van de IC-capaciteit. Zo heeft de overheid aan het begin van de eerste golf ervoor gezorgd dat het Landelijk Centrum Patiëntenspreiding (LCPS) werd opgericht. Ook zijn toen door VWS enkele duizenden IC-beademingsapparaten ingekocht om in te zetten in de ziekenhuizen. In de zomer van 2020 heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) op verzoek van de toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport het IC-Opschalingsplan opgesteld. Op basis daarvan werd een vaste uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.350 IC-bedden mogelijk en aanvullend een flexibele opschaling van de capaciteit tot 1.700 IC-bedden. Op dit moment voert het LNAZ een evaluatie en actualisatie van dit Opschalingsplan uit.

Daarnaast worden andere stappen gezet om de pandemische paraatheid van Nederland te verbeteren, dat wil zeggen Nederland beter voor te bereiden op toekomstige gezondheids crises. In mijn brief van 18 juni (Kamerstukken 2020-21, 25 295, nr. 1297) heb ik de opgaven geschetst voor de pandemische paraatheid van de infectieziektebestrijding en de zorg. In de ontwerpbegroting is voor 2022 in totaal € 22 mln. beschikbaar voor de eerste voorbereidingen voor een betere pandemische paraatheid. In mijn brief van 5 oktober (kenmerk 3262841-1017231-MEVA) heb ik u in dit kader geïnformeerd over de Nationale Zorg Reserve. Ook is een ambtelijke verkenning gestart naar een landelijke functionaliteit infectieziektebestrijding, die de uitvoering van infectieziektebestrijding bij infectieziekte crises met landelijke impact ondersteunt. Ik werk daarnaast aan bouwstenen voor een crisisbestendig en robuust acuut zorglandschap voor de langere termijn, waarbij capaciteit in de zorg en specifiek IC-capaciteit aandachtspunten zijn. Tot slot wordt er ook gewerkt aan een agenda

leveringszekerheid medische hulpmiddelen, waarbij ook internationale afstemming van belang is. In de beleidsbrief die u eind dit jaar ontvangt, zal op deze punten worden ingegaan. De verdere uitwerking hiervan en besluitvorming hierover is aan een volgend kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid van Houwelingen (FVD) over of het normaal is dat er geen volledige verantwoording in één hoofdstuk wordt gegeven van de kosten van de coronacrisis?**

Er is bij aanvang van de coronacrisis niet besloten om een separaat hoofdstuk te creëren voor alle rijksbrede corona gerelateerde uitgaven. Er is vanuit het kabinet wel integraal gestuurd, onder meer door het instellen van een separate ministeriële commissie. Daarnaast treft u op de site *Overheidsfinanciën in coronatijd* | Ministerie van Financiën - Rijksoverheid ([rijksfinancien.nl](https://rijksfinancien.nl)) een integraal overzicht van de uitgaven.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) of het normaal is dat er naar aanleiding van de ernstige bevinding bij de verantwoording 2020 niets substantieels te vinden is over transparantie en een significante verbetering van financieel beheer rondom uitgaven, garanties en subsidies?**

Uw Kamer heeft recentelijk een voortgangsbrief ontvangen over de voortgang van het financieel beheer met kenmerk 3273830-1017501-FEZ. Hierin is opgenomen welke acties in gang zijn gezet om het financieel beheer op korte termijn en lange termijn te verbeteren. Deze verbeteringen hebben onder andere betrekking op de coronagerelateerde uitgaven en op het subsidiebeheer.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over knelpunten in de jeugdzorg, GGZ-zorg, ouderenzorg en de thuiszorg en dat er geen transparante integrale oplossing hiervoor lijkt te zijn.**

De verschillende sectoren binnen de zorg kennen uiteenlopende uitdagingen. Het is helaas niet zo eenvoudig dat er één integrale oplossing is die voor alle sectoren volstaat. Het uitgangspunt is altijd toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg en ondersteuning.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid van Houwelingen (FVD) of de minister kennis heeft genomen van het #zorginfarct en de verontrustende verhalen die onder die noemer verschijnen.**

Ja, deze signalen hebben mij bereikt en baren mij zorgen. De druk op de zorg is hoog en dat wordt gevoeld in verschillende sectoren. De krapte op de arbeidsmarkt is daar een van de oorzaken van. In de nota *Zorg voor de Toekomst* heb ik aangegeven dat de noodzakelijke en urgente transformatie vorm moet krijgen langs de lijnen (i) preventie en gezondheid; (ii) organisatie en regie; (iii) binden en boeien van medewerkers en innovatie. Recent zijn ook verschillende adviezen verschenen over de krapte op de arbeidsmarkt, waaronder het rapport van de SER, de WRR en van de Commissie Werken in de Zorg. Uit de verschillende rapporten komen herkenbare aandachtspunten naar voren zoals de focus op behoud, aandacht voor zeggenschap en werkdruk, het verhogen van de deeltijdfactor en de inzet van sociale en technologische innovaties. Er ligt voldoende input voor een volgend kabinet om voortvarend mee aan de slag te

gaan. In de reactie op het SER- advies 'Aan de slag voor de zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt' dat ik u op 3 september 2021 toestuurde, zijn ook al verschillende opties voor een vervolg geschetst (Kamerstukken 2020/2021, 29 282, nr. 443). De precieze inhoud en vormgeving daarvan is aan een nieuw kabinet.

Het aantal COVID-besmettingen en het aantal ziekenopnames nemen in een rap tempo toe. Deze constatering, in combinatie met de nog in te halen zorg van de afgelopen periode, maakt dat de druk op de zorg verder toeneemt. Dat is de reden waarom een van de uitgangspunten bij het treffen van maatregelen in het kader van coronabestrijding is dat de zorg het aan moet blijven kunnen, waarbij de belasting van de professionals in de zorg beheersbaar is en blijft.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over of het normaal is dat er geen integraal actieplan behoud, uitbreiding, versterking en honorering zorgpersoneel wordt gepresenteerd, temeer door het ontbreken hiervan, de continuïteit van zorg voor burgers in gevaar komt.**

De druk op de zorg is hoog en dat wordt gevoeld in verschillende sectoren. De krapte op de arbeidsmarkt is daar een van de oorzaken van. In de nota Zorg voor de Toekomst heb ik aangegeven dat de noodzakelijke en urgente transformatie vorm moet krijgen langs de lijnen (i) preventie en gezondheid; (ii) organisatie en regie; (iii) binden en boeien van medewerkers en innovatie. Recent zijn ook verschillende adviezen verschenen over de krapte op de arbeidsmarkt, waaronder het rapport van de SER, de WRR en van de Commissie Werken in de Zorg. Uit de verschillende rapporten komen herkenbare aandachtspunten naar voren zoals de focus op behoud, aandacht voor zeggenschap en werkdruk, het verhogen van de deeltijdfactor en de inzet van sociale en technologische innovaties. Deze aandachtspunten worden gedeeld door de meeste partijen in de Tweede Kamer. Er ligt dan ook voldoende input voor een volgend kabinet om voortvarend mee aan de slag te gaan. In de reactie op het SER- advies 'Aan de slag voor de zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt' dat ik u op 3 september 2021 toestuurde, zijn ook al verschillende opties voor een vervolg geschetst (Kamerstukken 2020/21, 29 282, nr. 443). De precieze inhoud en vormgeving daarvan is aan een nieuw kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Houwelingen (FVD) over of het normaal is dat de zorg juist is afgebouwd en dat het aantal IC-bedden per 100.000 inwoners in ons land het laagste van alle rijke EU-landen is.**

Volgens de cijfers van de Stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) is het aantal IC-bedden in de jaren voorafgaand aan de COVID-19-pandemie ongeveer gelijk gebleven.

Jaar	Aantal IC-bedden (NICE)
2013	1208
2014	1210
2015	1210
2016	1191
2017	1209
2018	1208

Volgens cijfers uit 2017 van the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) heeft Nederland een lagere IC-capaciteit dan het gemiddelde. Er zijn verschillen tussen landen. Duitsland en België hebben relatief een hogere IC-capaciteit, terwijl de Scandinavische landen ongeveer vergelijkbaar zijn met Nederland. Het is lastig om hier een exacte vergelijking tussen landen te maken, omdat de inrichting van de zorg tussen landen onderling flink kan verschillen. Zo is de zorg in Nederland in het algemeen gericht op zo kort mogelijk verblijf op de IC, waardoor de gemiddelde ligduur op de IC in Nederland lager is dan in veel andere Europese landen en zelfs half zo lang als in Duitsland. Dat heeft doorwerking in het aantal operationeel benodigde IC-bedden. Ook hanteren landen verschillende definities voor 'intensive care'. Wat in sommige landen tot 'intensive care' wordt gerekend, wordt in Nederland als 'high care' of 'medium care' gezien. Dergelijke bedden zijn dan ook niet in de Nederlandse IC-capaciteitscijfers meegenomen.

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft de Kamer eerder gemeld dat – mede op basis van de geleerde lessen uit de COVID-19-pandemie – gewerkt wordt aan bouwstenen om de zorg robuust en crisisbestendig in te richten. Onderdeel hiervan is een flexibele capaciteit van IC-bedden en medisch geschoolde zorgprofessionals. Besluitvorming over eventuele structurele opschaling van de IC-capaciteit in de toekomst wordt aan het nieuwe kabinet overgelaten.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over het ontschotten van budgetten waardoor gemeenten en verzekeraars gemakkelijker samen kunnen werken om in de zetten op preventie.**

Het vraagstuk van financiering van preventie is onderdeel van het bredere vraagstuk over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden rondom preventie.

Het is niet altijd duidelijk hoe die verdeling tussen zorgverzekeraars en gemeenten is. Daarom wordt in de brief van 7 juli (Kamerstukken 32 793, nr. 558) over de bouwstenen voor een fundament onder toekomstig preventiebeleid, gesproken over een verduidelijking van wettelijke taken voor de gemeenten. Dit om tot samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars te komen met een pleidooi voor geormeerde en duurzame financiering. Zorgverzekeraars dienen hierbij ook met gemeenten samen te werken. Om die manier moet een duurzame preventie infrastructuur tot stand gebracht worden, waarmee ook financiële samenwerking wordt gestimuleerd. Het is aan een volgend kabinet om hier eventueel keuzes in te maken.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over de studie van de Erasmus School of Management en de studie van KPMG over Rotterdam met de volgende, veelzeggende zin: "Per metrostation op de Zuidlijn vermindert de levensverwachting met een jaar". Ik wil daarom graag van onze Rotterdamse VWS-minister weten of hij dit rapport en deze zin kent en of hij bereid is op deze beweging om domeinoverstijgend te kijken naar de zorg ondersteund. Zo ja, wil hij dan met collega's nadenken hoe een pilot dan gesteund kan gaan worden?**

Ik ben bekend met het onderzoek van KPMG 'wie doet het met wie in de zorg' waar u aan refereert. Er zijn verscheidene onderzoeken, rapporten en cijfers waaruit de problematiek omtrent gezondheidsachterstanden blijkt. Zo heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in april het rapport 'Een eerlijke kans op

gezond leven' opgeleverd. De RVS wijst in zijn analyse op de dieperliggende, complexe ongelijkheid vanuit o.a. bestaansonzekerheid, armoede en kansengelijkheid. In één van zijn aanbevelingen oppert de RVS een integrale aanpak op Rijksniveau. De ernst en zeker ook de complexiteit van de problematiek en daarmee het belang van een meer integrale/interdepartementale aanpak onderschrijf ik. Ik werk interdepartementaal samen aan een integrale aanpak ten aanzien van de verscheidene factoren die van invloed zijn op gezondheidsachterstanden, vanuit ieders verantwoordelijkheid. Het initiatief om te komen tot een interdepartementale (pilot)aanpak op armoede valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van SZW. Parallel werken de ministeries samen aan dossiers als gezondheidsvaardigheden, bestaanszekerheid en schuldenproblematiek

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over het plan voor het inhalen van uitgestelde zorg, in hoeverre hier rekening mee is gehouden in de begroting voor 2022 en of er met ziekenhuizen in de grensregio's is gesproken over het overnemen van zorg.**

In het 'Kader passende inhaalzorg medisch specialistische zorg' heeft de NZa met partijen afspraken gemaakt over de manier waarop uitgestelde zorg zo snel mogelijk wordt ingehaald (Kamerstukken 2020/21, 31 765, nr. 566). Een belangrijke afspraak is dat alle regio's een gelijke inspanning blijven leveren bij het leveren van de zorg aan COVID-19 patiënten, zodat ze ook in gelijke mate de reguliere zorg kunnen leveren. Ziekenhuizen hebben inhaalzorgplannen gemaakt en deze zijn door zorgverzekeraars beoordeeld. De zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht een belangrijke regionale coördinatierol in het borgen van de toegankelijkheid van non-COVID-19 zorg en voor het oplossen van knelpunten in de toegankelijkheid. De Nederlandse Zorgautoriteit monitort de toegankelijkheid van de zorg nauwgezet, ziet toe op de goede uitvoering van hun monitor inhaalzorg en spreekt zorgverzekeraars actief aan op hun zorgplicht.

In de begroting 2022 is geen reservering opgenomen voor de uitgaven aan zogenaamde inhaalzorg. Op het moment van het opstellen van de begroting was, en ook nu nog is, er onvoldoende zicht op de eventuele (extra) uitgaven als gevolg van inhaalzorg. Aangezien er geen goede raming kan worden gemaakt heb ik - gezien die onzekerheid- voor het jaar 2022 besloten tot een macronacalculatie van 70% voor het somatische- en eigen-ricicomodel, waarbij ik heb meegewogen dat de toepassing van de Catastroferegeling (artikel 33, tweede lid, Zorgverzekeringswet) eind 2021 afloopt.

Ziekenhuizen in grensregio's hebben vaak al bestaande samenwerkingen met ziekenhuizen aan de andere kant van de grens. Deze samenwerkingen blijven bestaan. Het is mij niet bekend of er specifiek voor inhaalzorg nieuwe samenwerkingen zijn aangegaan. Als iemand die wacht op een behandeling naar een zorgaanbieder in het buitenland wil en die aanbieder de zorg binnen de gewenste tijd kan bieden, is (gedeeltelijke) vergoeding van die zorg in beginsel mogelijk. Het gaat dan om geplande zorg waarvoor in het algemeen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over € 1,3 miljard extra in 2022 voor de jeugdzorg. Het betreft incidenteel geld voor een structureel probleem, waarbij gemeenten het tevens gebruiken voor het dichten van financiële tekorten. Hoe is dit te verantwoorden?**

Het is aan een nieuw kabinet om te besluiten over de structurele financiën en noodzakelijke aanpassingen aan het jeugdhulpstelsel om de jeugdzorg in de toekomst effectief en beheersbaar te houden. Vooruitlopend op deze besluitvorming is wel al gestart met het nemen van maatregelen en het voorbereiden van een beter houdbaar jeugdinstelsel op de lange termijn. Samen met gemeenten en andere partijen (gemeenten, cliënten, professionals en aanbieders) werken we, vooruitlopend op de besluitvorming van een nieuw kabinet, samen aan een Hervormingsagenda. De afgelopen jaren hebben gemeenten meer middelen dan hun beschikbare budget uitgegeven aan jeugdzorg. De €1,3 miljard die aan gemeenten is toegezegd – bovenop de eerder toegezegde €300 miljoen voor 2022 – is ter compensatie. Hiermee bedoel ik dat het gemeenten de ruimte geeft om in 2022 de extra uitgaven in de jeugdzorg, die ze de afgelopen jaren ook hebben gedaan (ten kosten van andere zaken) op te vangen. De €1,3 miljard is daarmee niet specifiek bedoeld als een extra investering in de jeugdzorg, bovenop de middelen die gemeenten al extra uitgeven. Gemeenten ontvangen deze middelen via de algemene uitkering van het gemeentefonds en zij zijn daarin vrij om te bepalen waaraan ze de middelen uitgeven. Zeker omdat gemeenten jaren meer aan de jeugdhulp hebben uitgegeven, is het mogelijk dat naast kosten voor de jeugdzorg gemeenten ook aan andere maatschappelijke doelen hun extra budget besteden. Hier hebben ze immers in de afgelopen jaren op bezuinigd, mede vanwege de tekorten op jeugd. Buiten kijf staat uiteraard wel dat ze een jeugdzorgplicht hebben en daar moeten ze aan voldoen. En ook dat ze maatregelen moeten nemen om het jeugdzorgstelsel te verbeteren. Hier heb ik ook afspraken met hen over gemaakt. En zoals ik tijdens het notaoverleg van 11 oktober jl. over de initiatiefnota van het lid Peters heb toegezegd zal ik dit met de VNG bespreken.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over hoe ervoor wordt gezorgd dat bij de hervorming van het jeugdzorgsysteem eerst gekeken gaat worden vanuit de perspectief van de cliënt in plaats van enkel en alleen te kijken naar de bekostiging.**

Ik ben momenteel met de VNG en andere partijen aan de slag om te komen tot een hervormingsagenda voor de jeugdzorg. Deze heeft twee doelen die nadrukkelijk aan elkaar gekoppeld zijn: betere en tijdige zorg en ondersteuning voor de cliënt en een beheersbaar en daarmee duurzaam financieel houdbaar stelsel. Het spreekt voor zich dat hierin het perspectief van de cliënt wordt meegenomen. Het is immers van groot belang dat we de zorg voor de cliënt zo goed mogelijk regelen. Hieronder valt uiteraard ook hoe vanuit de lokale teams de toegang zo goed mogelijk vormgegeven kan worden en hoe de verbinding tussen en het overzicht van de geleverde zorg aan de cliënt geborgd kan worden. Vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties zitten ook aan tafel bij de totstandkoming van de hervormingsagenda.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het lid Gündogan (Volt) over wat jongeren met complexe problematiek nodig hebben en hoe kan dit zo effectief mogelijk gerealiseerd worden.**

Het is van belang dat kinderen en jongeren tijdig de hulp ontvangen die zij nodig hebben, zeker als er sprake is van complexe problematiek. Hiervoor is het nodig dat kinderen en hun ouders weten waar zij terecht kunnen voor hulp. Voor hulp aan kind en gezin is de gemeente aan zet. Waar nodig kunnen ouders en kinderen zich hierbij laten ondersteunen door een cliëntondersteuner. Wanneer de benodigde zorg bij de gemeente niet geboden kan worden, bijvoorbeeld omdat de

zorgvraag te complex is, kunnen gezinnen en professionals terecht bij de regionale expertteams jeugd. Deze expertteams hebben als taak om passende hulp te realiseren voor het gezin. Bijvoorbeeld door het realiseren van maatwerk of het zorgen voor procesregie. De expertteams kunnen daarbij ondersteund worden door de bovenregionale expertisecentra. Ik ondersteun de doorontwikkeling van expertteams door inzet van Ondersteuningsteam Zorg voor de Jeugd en de bovenregionale expertisecentra.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over hoe hij ervoor wil zorgen dat mensen minder snel met hun problemen bij de ggz terecht komen, maar in plaats daarvan bij de eerstelijnszorg.**

Veel van de lichtere ggz-problematiek wordt al behandeld door de inzet van de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-ggz, eerstelijnszorg). Gelet op het belang van het voorkomen van ontwikkeling van psychische problematiek, onderschrijven wij de urgentie en noodzaak om de mentale gezondheid in Nederland te beschermen en te bevorderen. Naar aanleiding van de motie Dik-Faber en Diertens (Kamerstukken 2020/21, 32793, nr. 538) heb ik (de staatssecretaris van VWS) de mogelijkheden en contouren van een Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid verkend. Uit de verkenning die ik 15 oktober jl. naar de Kamer heb gestuurd (Kamerstukken 2020/21, 32793, nr. 573) blijkt het belang van een solide bronaanpak van onder andere sociaaleconomische achterstanden en daaraan gerelateerde problematiek, zoals schulden, eenzaamheid en onveiligheid. Ook de eerstelijnszorg die een belangrijke rol speelt in het kader van vroegsignalering en gerichte doorverwijzing bij problematiek van verschillende aard, zal worden meegenomen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over tekorten aan genderchirurgen en psychologen met specialistische kennis op het gebied van de transgenderzorg.**

De kwartiermaker transgenderzorg werkt al een paar jaar samen met partijen in het veld hard aan het terugdringen van de wachttijden in de transgenderzorg. De kern van dit probleem is vooral een forse groei in de vraag naar transgenderzorg (tussen december 2018 en juli 2021 is de zorgvraag met maar liefst 154% toegenomen) en het feit dat er een grens zit aan het extra zorgaanbod dat jaarlijks kan worden gerealiseerd.

Dat neemt niet weg dat er op dit gebied al stevige resultaten zijn behaald: van december 2018 tot januari 2021 is het aanbod van chirurgische zorg met 36% gestegen; het aanbod van psychologische zorg met 58%; en het aanbod aan endocrinologische (hormoonbehandelingen) zorg met 133%.

Ook op dit moment is de kwartiermaker in gesprek met aanbieders die in de nabije toekomst wellicht transgenderzorg willen gaan aanbieden. Ik heb dan ook, samen met Zorgverzekeraars Nederland, de opdracht aan de kwartiermaker transgenderzorg verlengd tot 1 oktober 2022. De kwartiermaker gaat de komende periode onverminderd door met het stimuleren en aanjagen van de uitbreiding van het zorgaanbod, zodat verzekeraars extra zorg kunnen inkopen. Ook is hij aan het bekijken of kan worden bevorderd dat de huisartsen een grotere rol gaan spelen bij het verstrekken van hormonen aan transgender personen. In de Kamerbrief over transgenderzorg die uw Kamer binnenkort ontvangt, zal ik hier nader op ingaan.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over het**

Het verbeteren van de toekomstbestendigheid van de zorg vraagt om politieke keuzes, het schrappen van overbodige zorg hoort hier ook bij. Moeilijke keuzes vragen echter ook om een maatschappelijk debat. Ik heb hier ook een bijdrage aan willen leveren met de discussienota Zorg voor de Toekomst en de dialoognota 'Ouder worden 2020-2040'. Het WRR adviseert om moeilijke beleidskeuzes ook voor te leggen aan burgerfora. Het volgend kabinet zal op een later moment met een uitgebreide reactie komen op dat WRR-advies. Hier zal ook op dit onderdeel van het WRR-advies gereageerd worden. Het is niet opportuun daar nu, op onderdelen, al op vooruit te lopen.

Dat burgers een stem moeten hebben bij belangrijke zorgvraagstukken juich ik overigens van harte toe. We doen dat ook op verschillende plekken binnen het programma van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Zo worden burgers en patiënten actief betrokken bij regiobeelden die binnen dit programma worden opgesteld die gaan over hoe het zorgaanbod voor de komende 30 jaar goede aansluiting kan houden bij de zorgvraag. Er lopen momenteel concrete onderzoeken die verdere aanknopingspunten zullen bieden om de inzet van burgers verder te verbeteren. Daarnaast is er in de aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) een bepaling opgenomen die zorgaanbieders verplicht om actiever te communiceren met burgers in de omgeving indien er ingrijpende besluiten worden genomen t.a.v. acute zorg. Denk daarbij aan sluiting, verplaatsing of fusie en dergelijke.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over of er wordt gewerkt aan een plan om overbodige zorg te schrappen, bijvoorbeeld in navolging van het Bernhoven-project.**

Ik heb de afgelopen jaren al stappen gezet om overbodige zorg te schrappen. Er zijn samen met het veld programma's opgezet, specifiek gericht op het bevorderen van gepast gebruik en kwaliteit van zorg, waaronder de programma's Uitkomstgerichte Zorg, Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en verschillende ZonMw-programma's. In deze programma's ligt de focus op het verbeteren van de kwaliteit van zorg door middel van het verzamelen van kennis over de effectiviteit en relevante uitkomsten. Op basis daarvan wordt gewerkt aan het stoppen met vergoeden van niet-passende zorg, waarmee ook rekening wordt gehouden met wat medisch gezien de beste uitkomst voor patiënt is.

Ook de overheid heeft hierbij een rol, waaronder het scheppen van de juiste randvoorwaarden om implementatie te bevorderen. Daar hebben het Zorginstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ook (wettelijke) taken in. Samen met deze partijen en het veld ben ik bezig met de praktische uitwerking van hoe we de volgende stap kunnen zetten en welke (wettelijke) instrumenten daarvoor nodig zijn.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over hoe de staatssecretaris kijkt naar de opties voor meer preventie op het gebied van roken, naast hogere accijnzen.**

Met de afspraken uit het Nationaal Preventieakkoord zijn op dit vlak belangrijke stappen gezet zoals het invoeren van neutrale verpakkingen voor sigaretten en shag, het uitstalverbod van tabaksproducten en het rookvrij maken van terreinen van onderwijsinstellingen. Daar bovenop is een verbod op verkoop in supermarkten per 2024 als belangrijke maatregel overeen gekomen. Uit de

quickscan van het RIVM uit 2018 bleek dat met name de ambities uit het Nationaal Preventieakkoord voor roken door jongeren en zwangere vrouwen aanvullende acties vergen. Het RIVM noemt jaarlijkse accijnsverhogingen, forse inperking van het aantal verkooppunten, uitgebreidere rookverboden en verdergaande productregulering als effectieve maatregelen. Het is aan een volgend kabinet om extra stappen te zetten om de ambities uit het Nationaal Preventieakkoord dichterbij te brengen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over de potentie van e-health in zowel preventie als in curatieve zorg en welke hindernissen er zijn in het zorgsysteem om preventie en e-health te bevorderen, bijvoorbeeld met betrekking tot zorgverzekeraars?**

Graag verwijs ik naar mijn recente brief (kenmerk 3267686-1017600-IenZ) als reactie op motie-De Vries (Kamerstukken 2021/22, 31765-592). In deze brief heb ik aangegeven dat opschalen van digitale/hybride zorg een transformatie vraagt van de manier waarop we de zorg en gezondheidsondersteuning georganiseerd hebben. Het betreft vaak complexe verandertrajecten in een tijd waarin al veel wordt gevraagd van betrokkenen. Bestaande belangen en daarmee de neiging om vast te houden aan de huidige situatie helpen vaak niet mee om een snelle aanpassing te realiseren.

Een belangrijke impuls vindt plaats via inkoop/contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraars resp. zorgkantoren, en zorgaanbieders. Daarbij trekken zowel zorgverzekeraars, zorgkantoren als zorgaanbieders gezamenlijk op waar het kan en ondersteunen NZa en het Zorginstituut bij het slechten van barrières rond bekostiging en bewijslast rond kwaliteit.

VWS voert een verkenning uit naar de wenselijkheid en haalbaarheid van experimenteerruimte voor zorgverzekeraars voor nieuwe kansrijke interventies op het snijvlak van selectieve en geïndiceerde preventie. In het voorjaar van 2022 wordt u nader geïnformeerd over de uitkomsten hiervan. Daarnaast wordt u nader geïnformeerd over eventuele andere maatregelen die nodig en mogelijk zijn om de prikkels voor zorgverzekeraars om te investeren in preventie te versterken.

Verder heb ik u in mijn brief (Kamerstukken 2020/21, 31765-548) van 19 maart jl. het consultatieverslag Zorg voor de Toekomst toegezonden. In deze discussienota wordt uitgebreid ingegaan op het thema preventie in het zorgstelsel. Het is aan een volgend kabinet om de verdere vormgeving van dit traject ter hand te nemen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over of er toezicht komt op het toenemende datagebruik in de zorg.**

Medische persoonsgegevens zijn gevoelige gegevens. Daarom zijn er regels gesteld aan het verwerken van gezondheidsgegevens en is ook toezicht ingericht. Ten eerste is op het verwerken van gezondheidsgegevens onder andere de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van toepassing. De AVG stelt eisen aan de verwerking van persoonsgegevens. Zo volgt uit de AVG dat niet meer persoonsgegevens mogen worden verwerkt dan strikt noodzakelijk en dat persoonsgegevens niet zonder meer voor andere doelen kunnen worden gebruikt. Daarnaast moeten zorginstellingen aan verschillende NEN-normen ten aanzien van informatiebeveiliging voldoen.

De Autoriteit Persoonsgegevens is aangewezen als toezichthouder op de AVG en de Uitvoeringswet AVG, en heeft ook laten zien bij misstanden op te treden in de

zorg. Voldoen aan de normen ten aanzien van informatieveiligheid is onderdeel van het eHealth toetsingskader van de IGJ en daarmee onderdeel van het toezicht van de IGJ.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over hoe we ervoor zorgen dat technologie iedereen bereikt, ook ouderen, laaggeletterden en mensen in kwetsbare sociaaleconomische posities.**

Het is belangrijk dat iedereen gebruik kan maken van de kansen die slimme toepassingen te bieden hebben. Welke toepassing geschikt is voor een patiënt of cliënt hangt af van de ondersteuningsvraag en mogelijkheden van de patiënt of cliënt. Om daar achter te komen is een goed gesprek tussen de patiënt/cliënt en professional nodig. Met het communicatieprogramma Zorg van Nu van het ministerie van VWS zorg ik voor bekendheid van slimme zorg onder ouderen, patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals om het gebruik te laten stijgen. Om digitale vaardigheden te bevorderen bestaat het platform digivaardigindezorg.nl en is er het afgelopen jaar een digicoach-regeling opgezet. Ook zet het publiek-private samenwerkingsverband 'Alliantie Digitaal Samenleven' zich ervoor in dat iedereen mee kan komen in de digitale samenleving. Hier is onder andere de DigiHulplijn uit voortgekomen, een gratis telefoonnummer waar iedereen met een digitale vraag naartoe kan bellen. Ook kunnen mensen bij de bibliotheek hun vragen stellen. Tot slot stimuleert Pharos met het programma eHealth4All de ontwikkeling en verspreiding van eHealth voor iedereen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over hoe de minister vindt dat we innovatieve startups beter kunnen faciliteren.**

Innovatieve startups in de zorg kunnen met vragen over het zorgstelsel, informatie over wet- en regelgeving en bekostigingsmogelijkheden terecht bij 'Zorgvoorinnoveren', een samenwerking tussen VWS, NZa, Zorginstituut, ZonMw en de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO). Voor financiële ondersteuning kunnen startups terecht bij de RVO. De RVO biedt diverse subsidiemogelijkheden voor startups, waaronder bijvoorbeeld vroegefase-financiering, innovatiekrediet of een bijdrage via een van de investeringsfondsen uit de SEED Capital regeling.

Ook zijn er regionale innovatiehubs waar startups ondersteund worden zoals Health Valley, Zorg Innovatie Forum en het Care Innovation Centre. Naar aanleiding van het rapport Healthtech ben ik met Techleap en VNONCW in gesprek om ongewenste belemmeringen voor startups en scale-ups weg te nemen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) over het bundelen van de kennis op de Universiteiten van Wageningen en Leiden over respectievelijk Agri en Bio Science, gericht op pandemic prevention en zoonosen. Wat vindt de minister van een dergelijk idee? Vinden er al soortgelijke initiatieven plaats**

Inzet op kennisontwikkeling en innovatie is van groot belang om in de toekomst beter voorbereid te zijn op gezondheids crises. Ik ben dan ook blij om te zien dat er verschillende initiatieven zijn die hier, vanuit een multidisciplinair perspectief, aan bijdragen. Het is aan het nieuwe kabinet om concreet te bezien hoe initiatieven op dit gebied benut kunnen worden bij de kennisontwikkeling en innovatie op het terrein van de pandemische paraatheid.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Gündogan (Volt) of de**

**minister ook ziet dat er uitdagingen zijn die niet primair grensoverschrijdend lijken, maar wel een gedeelte uitdagingen zijn, zoals dat veel Europese landen met hetzelfde probleem van vergrijzing en stijgende zorgkosten kampen? Doet het ministerie onderzoek naar hoe dit in andere landen gemanaged wordt en worden best practices uitgewisseld?**

Ik ben het met het lid Gündogan eens dat we in Europees verband ook op niet-grensoverschrijdende uitdagingen met elkaar ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaar kunnen leren over thema's die in meerdere landen spelen. Zo heeft het Sloveense voorzitterschap zeer recent een gedachtewisseling over de weerbaarheid van gezondheidszorg geagendeerd. Hoewel de inrichting en financiering van gezondheidszorg aan de lidstaten zelf is, valt er dikwijls van elkaar te leren.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over de stressbestendigheid van de zorg.**

In de Houtskoolschets acute zorg (Kamerstukken 2019/20 29 247, nr. 314) is ingegaan op knelpunten in de acute zorg, het sluiten van SEH's en het aantal traumacentra. De Houtskoolschets is door uw Kamer echter controversieel verklaard. Daarom heeft de toenmalige Minister voor Medische Zorg en Sport in haar brief van 26 mei 2021 (Kamerstukken 2019/20, 31 765, nr. 566) aangegeven dat het aan het nieuwe kabinet is om besluiten te nemen over de crisisbestendigheid van de acute zorg. Dit kabinet zorgt ervoor dat er bouwstenen voor deze discussie klaar staan.

Dat neemt niet weg dat ons zorgstelsel waarborgen biedt voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en de NZa ziet toe op de naleving daarvan. Er zijn regels voor zorgaanbieders (Stb. 2021, 291 en Stcrt. 2021, 41958.) met betrekking tot de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. Zoals ik in mijn brief van 13 september 2021 (bijlage bij Kamerstukken 2020/21, 29 247, 336) heb aangegeven, constateert de NZa dat volgens zowel de zorgverzekeraars als de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) er op basis van de bij hen beschikbare informatie geen aanwijzingen zijn dat de responstijden van de ambulancediensten in 2020 tot een risico hebben geleid voor de toegankelijkheid of kwaliteit van zorg.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over regionale dekking van spoedeisende zorg en signalen uit Amsterdam.**

In de ministeriële regeling over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg (Stcrt. 2021, 41958) zijn normen opgenomen voor de bereikbaarheid van de acute zorg. In heel Nederland en alle regio's worden deze normen nageleefd. Ten aanzien van Amsterdam kan ik melden dat op dit moment overleg plaatsvindt, niet alleen in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ), maar ook tussen o.a. aanbieders, verzekeraars en de gemeente over de toekomst van de acute zorgketen in Amsterdam, op basis van het Regiobeeld. De inzet is erop gericht om voldoende capaciteit voor de Spoedeisende Hulp in Amsterdam te behouden en de kwaliteit van de acute zorg 24 uur per dag en zeven dagen per week verder te versterken in goede samenwerking met alle stakeholders.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Verweij (JA21) over de opschaling naar 1350 IC-bedden en de flexibele opschaling naar 1700 IC-bedden. Wanneer is dit resultaat gerealiseerd? En is deze opschaling voldoende om ten opzichte van vergelijkbare landen blijvend een vergelijkbare IC-capaciteit te hebben? Hoewel landen verschillen, is het**

**onvoldoende om alleen te verwijzen naar de verschillen tussen landen.**

Op verzoek van de toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in de zomer van 2020 het IC-Opschalingsplan opgesteld. Daarin werd aangegeven dat een vaste uitbreiding van de IC-capaciteit tot 1.350 IC-bedden mogelijk was en aanvullend een flexibele opschaling van de capaciteit tot 1.700 IC-bedden. Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het LNAZ nu aan een evaluatie en actualisatie van het Opschalingsplan. In het kader van deze exercitie hebben de voorzitters van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) bij het LNAZ aangegeven dat er in de huidige situatie voor een korte piekperiode maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar kunnen worden gemaakt. Vooral de personele kant is de beperkende factor bij de mogelijkheden om de capaciteit verder uit te breiden. Ik heb het LNAZ daarom gevraagd om te onderzoeken hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen. De resultaten van het onderzoek van het LNAZ verwacht ik een dezer dagen.

Volgens cijfers uit 2017 van the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) heeft Nederland een lagere IC-capaciteit dan het gemiddelde. Er zijn verschillen tussen landen. Duitsland en België hebben relatief een hogere IC-capaciteit, terwijl de Scandinavische landen ongeveer vergelijkbaar zijn met Nederland. Het is lastig om hier een exacte vergelijking tussen landen te maken, omdat de inrichting van de zorg tussen landen onderling flink kan verschillen. Zo is de zorg in Nederland in het algemeen gericht op zo kort mogelijk verblijf op de IC, waardoor de gemiddelde ligduur op de IC in Nederland lager is dan in veel andere Europese landen en zelfs half zo lang als Duitsland. Dat heeft doorwerking in het aantal operationeel benodigde IC-bedden. Ook hanteren landen verschillende definities voor "intensive care". Wat in sommige landen tot "intensive care" wordt gerekend, wordt in Nederland als "high care" of "medium care" gezien. Dergelijke bedden zijn dan ook niet in de Nederlandse IC-capaciteitscijfers meegenomen.

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft de Kamer eerder gemeld dat – mede op basis van de geleerde lessen uit de COVID-19 pandemie – gewerkt wordt aan bouwstenen om de zorg robuust en crisisbestendig in te richten. Onderdeel hiervan is een flexibele capaciteit van IC-bedden en medisch geschoolde zorgprofessionals. Besluitvorming over eventuele structurele opschaling van de IC-capaciteit in de toekomst wordt aan het nieuwe kabinet overgelaten

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over wat de minister ziet als belangrijkste speerpunten om de uitstroom van zorgpersoneel te voorkomen.**

Het voorkomen van uitstroom van medewerkers heeft hoge prioriteit. We hebben immers iedereen nodig in de zorg. Het afgelopen jaar zijn er verschillende rapporten en adviezen verschenen die hierin een duidelijke, algemene lijn aangeven: meer focus op het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg. Hierbij gaat het om herkenbare aandachtspunten, zoals professionele autonomie en zeggenschap, voldoende opleiden en ontwikkelen, meer loopbaanmogelijkheden, minder administratieve lastendruk en inzet op sociale en technologische innovatie. Ik deel deze algemene lijn en geef de waardevolle adviezen als speerpunten mee ter overweging voor een volgend kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over het programma [Ont]regel de zorg om de ervaren regeldruk te verminderen. Wat heeft dit concreet bereikt? Is er vooruitgang te zien in het gerapporteerde werkplezier?**

De toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft u eind vorig jaar de laatste voortgangsbrief (Kamerstukken 29 515, nr. 452) over het programma [Ont]Regel de Zorg gestuurd, waarin zij inging op de bereikte resultaten. Er zijn ongeveer 120 concrete, in meerderheid door zorgverleners zelf geagendeerde knelpunten opgelost. Om één voorbeeld te noemen: wijkverpleegkundigen hebben niet meer voor iedere wijziging in het zorgplan een handtekening van de cliënt nodig. Dat scheelt vaak een extra ritje naar de cliënt met het formulier onder de arm. De stand van zaken voor alle actiepunten uit het programma [Ont]Regel de Zorg is altijd actueel raadpleegbaar op [www.ordz.nl](http://www.ordz.nl). Daarnaast is een lokale ontregelbeweging op gang gebracht en door VWS ondersteund met verschillende instrumenten en materialen, zoals de [Ont]Regelbus. Op het lokale niveau, binnen zorginstellingen zelf, is veel winst te behalen als het gaat om regeldrukvermindering. Tal van mooie voorbeelden van inspirerende werkwijzen en *best practices* illustreren dat. Bij de laatste voortgangsbrief zat een publicatie met een aantal van die goede voorbeelden. Maar ook deze week nog was te lezen dat op de polikliniek oogheelkunde van het Reinier de Graaf ziekenhuis 55.000 vinkjes op jaarbasis minder gezet worden bij fysieke patiëntconsulten, nadat de interne ontregelaar daar had geconstateerd dat die eigenlijk onnodig waren. In de meest recente monitoringsinformatie, waar genoemde voortgangsbrief ook op inging, is te zien dat dit alles heeft geleid tot een (lichte) daling van de ervaren regeldruk. Naar mijn smaak nog niet voldoende, en ook nog niet over de gehele breedte van de zorg, maar wel een kentering na jaren waarin dit probleem alleen maar erger werd. Ik heb in het kader van het programma [Ont]Regel de Zorg geen onderzoek naar werkplezier gedaan, omdat dat van veel meer factoren afhangt dan de ervaren regeldruk

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Pouw-Verweij (JA21) over hoe de minister ervoor wil zorgen dat het stimuleren van mantelzorg rekening houdt met de realiteit van een hogere arbeidsparticipatie.**

Werkgevers hebben een belangrijke taak bij het ondersteunen van mantelzorgers. Het is belangrijk dat managers en leidinggevenden het gesprek met hun medewerkers aan gaan over het combineren van werk en mantelzorg. Zij worden met het programma 'Mantelzorg werkt' van de Stichting Werk & Mantelzorg hierin ondersteund. Werkgevers kunnen van de Stichting het keurmerk mantelzorgvriendelijk krijgen als zij een mantelzorgvriendelijk beleid hanteren. Inmiddels zijn er 500 'mantelzorgvriendelijke' bedrijven en het aantal groeit. Daarnaast worden de sociale partners via de Stichting van de Arbeid gestimuleerd om cao-afspraken te maken over het combineren van werk en zorg

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Verweij (JA21) over verschillende eisen die aan het mantelzorgpaspoort worden gesteld, zodat voor mantelzorg zonder problemen mantelzorgwoningen kunnen worden gebouwd.**

In toenemende mate wordt door onder andere gemeenten en woningcorporaties gevraagd om een 'bewijs van mantelzorg' om in aanmerking te kunnen komen voor specifieke voorzieningen, zoals een parkeer- of woonvergunning voor mantelzorgers. Door het uitblijven van een uniforme verklaring lopen

mantelzorgers tegen belemmeringen aan bij de aanvraag van een voorziening of ondersteuning. Er is in totaal vier miljoen euro beschikbaar (2021 en 2022) om lokaal te experimenteren met het verbeteren van de toegang tot mantelzorgvoorzieningen en met een mantelzorgverklaring. Ruim 80 gemeenten en drie regio's gaan aan de slag in pilots. De voortgang in deze pilots wordt gevolgd, kennis hierover wordt breed verspreid en de uitkomsten moeten leiden tot tools, beleid(sadvies) en waar mogelijk en wenselijk brede implementatie van de mantelzorgverklaring.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de eigen woorden van de minister van vorig jaar dat directe of indirecte vaccinatiedwang averechts werkt.**

Ik ben het met de heer Van der Staaij eens dat woorden er toe doen. Wat ik heb willen overbrengen is mijn oprechte zorg dat te veel mensen zich nog niet hebben laten vaccineren. Elke keuze heeft nu eenmaal consequenties. Niet alleen heeft juist deze groep mensen een grotere kans dat ze ernstig ziek worden als gevolg van een Corona-infectie; maar vaccinatie helpt ook in het tegengaan van de verspreiding van het virus en daarmee bescherm je ook anderen, zoals mensen met een kwetsbaar immuunsysteem, of mensen die zich vanwege een medische reden niet kunnen laten vaccineren. Ook leidt vaccinatie ertoe, doordat het de druk op de zorgketen vermindert, dat andere medische zorg weer door kan gaan en ingehaald kan worden.

De keuze om je wel of niet te laten vaccineren is een vrijwillige en persoonlijke afweging. Daar sta ik voor. Maar deze vrijheid is niet vrijblijvend. Wie (nog) niet gevaccineerd is, heeft namelijk een hoger risico op besmetting, is daarnaast een mogelijk hoger risico voor anderen en daarmee een belasting voor de zorg. Keuzes hebben consequenties en de keuze om je niet te vaccineren brengt dus verantwoordelijkheden met zich mee vanwege de consequenties voor gezondheid en gezondheidszorg – (juist) ook voor niet-gerelateerde COVID-zorg – van en voor velen. Uit onderzoek blijkt dat mensen die antistoffen hebben tegen Covid-19 – door volledige vaccinatie of een doorgemaakte infectie – aanzienlijk minder risico lopen om ziek te worden van het virus en/of om het virus over te dragen. Op dit moment zijn drie van de vier opgenomen COVID-19 patiënten in het ziekenhuis niet gevaccineerd. Op de IC zijn vier op de vijf COVID-19 patiënten niet gevaccineerd. Ook het OMT benoemt in het 126e advies dat het overgrote merendeel van de positief geteste en opgenomen COVID-19-patiënten niet gevaccineerd was.

Zorg moet voor iedereen toegankelijk blijven, maar de capaciteit van de zorg is niet onbegrensd. Op dit moment wordt de zorg zwaar belast. Al sinds het begin van de eerste golf is er sprake van uitgestelde zorg. Er zijn al signalen dat er noodgedwongen weer zorg moet worden afgeschaald en behandelingen moeten worden uitgesteld. Als mensen, die dat kunnen, zich laten vaccineren, kunnen ze een deel van de druk op de zorg wegnemen. We kunnen van het overgrote deel van Nederland dat zich wél heeft laten vaccineren niet blijven vragen om solidair te zijn met hen die niet gekozen hebben voor een vaccinatie. Tegelijkertijd kun je ook niet zomaar regels opleggen alleen aan mensen die niet gevaccineerd zijn. De vraag is dan ook: welke maatregelen zijn effectief en doeltreffend, zonder dat de hele samenleving er weer onder gebukt gaat?

Ik vind dit een enorm lastig dilemma. Mensen kunnen in vrijheid kiezen om zich wel of niet te vaccineren. Tegelijkertijd blijft het kabinetsbeleid gericht op het beschermen van kwetsbare mensen en het beheersen van druk op de zorg.

Daarvoor helpt een hogere vaccinatiegraad, het kabinet blijft zich daarom inzetten om de vaccinatiegraad in Nederland nog verder te verhogen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over waarom in de begroting geen voorstel opgenomen is om de publieke gezondheidssector te versterken?**

In mijn stand van zakenbrief COVID-19 van 18 juni jl. (TK 2020-2021, 25 295, nr. 1297) heb ik aangegeven dat ik toewerk naar een beleidsagenda voor het verbeteren van de pandemische paraatheid en het vergroten van het aanpassingsvermogen om in de toekomst verschillende crisissen aan te kunnen. Kerndoelen zijn versterking van de publieke gezondheid, met name infectieziektebestrijding, opschaalbare zorg, snelle toegang hulp- en geneesmiddelen en inzet op kennis en innovatie. Het versterken van de GGD'en en de infectieziektebestrijding vormt daarmee dus een belangrijk onderdeel van de beleidsagenda pandemische paraatheid die u eind dit jaar zult ontvangen. De verdere uitwerking hiervan en besluitvorming hierover is aan een volgend kabinet.

Versterking van de publieke gezondheid betreft daarnaast een versterkte inzet op gezondheidsbevordering en preventie. Er moet een omslag komen want de inzet op gezondheid en preventie komt niet vanzelf tot stand. Ik heb in mijn brief 'Bouwstenen voor een fundament onder toekomstig preventiebeleid' geschetst wat er nodig is (TK 2020-2021, 32 793, nr. 558).

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over wat de minister vindt van een concreet plan om de nijpende personeelsschaarste in krimpregio aan te pakken.**

De arbeidsmarktaanpak van het ministerie van VWS is sterk regionaal georiënteerd. De arbeidsmarkt is namelijk per definitie een regionale markt, omdat het merendeel van de mensen woont en werkt in de regio waarin zij is opgegroeid en de gemiddelde reisbereidheid ruim onder een uur ligt. In het actieprogramma 'Werken in de Zorg' zijn er in alle regio's 'Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten' (RAAT) opgesteld waarin partijen op basis van de regionale knelpunten actieplannen hebben geformuleerd.

Uiteraard heb ik ook aandacht voor het oplossen van specifieke tekorten, zoals bij de huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) zijn we een arbeidsmarktaanpak gestart, waarin in negen regio's ondersteuning op maat wordt geboden om arbeidsmarktknelpunten in de huisartsenzorg duurzaam aan te pakken.

Het tekort aan huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (SO), die samen medisch-generalistische zorg (MGZ) verlenen, speelt niet alleen in krimpregio's maar in heel Nederland. Van belang is dat iedere Nederlander, zowel mensen die thuis als in het verpleeghuis wonen, met en zonder Wlz-indicatie, toegang blijven houden tot MGZ. De afgelopen vier jaar heeft het project Duurzame Medische Zorg, ondersteund door Waardigheid & Trots vanuit het Programma Thuis in het Verpleeghuis, ingezet op de regionale samenwerking bij MGZ in tien pilot-regio's door heel Nederland. Het project heeft daar geleid tot een andere mindset bij het organiseren van medisch-generalistische zorg: gericht op regionaal samenwerken in plaats van onderling concurreren. Deze mindset is noodzakelijk om toegang tot MGZ duurzaam te organiseren en werkdruk voor artsen te verminderen. De adviezen van onder meer de SER, Commissie werken in de Zorg en

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid bieden tevens handvatten voor een versterkte aanpak van regionale arbeidsmarktknelpunten. Het is aan het nieuwe kabinet om dit concreet vorm te geven.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over gegevensuitwisseling binnen de geestelijke gezondheidszorg en de uitvoering van de motie om te onderzoeken of hiervoor een wettelijke grondslag nodig is.**

Op dit moment kijk ik naar aanleiding van de motie of – en zo ja hoe – een dergelijke wettelijke grondslag gecreëerd kan worden. We hebben het hier over de uitwisseling en het beheer van gegevens tussen en binnen zeer verschillende domeinen. Dit maakt het creëren van een wettelijke grondslag complex. Vanuit het oogpunt van een effectieve behandeling zie ik het belang van een juridische grondslag. Dit om gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders in de ggz, zorgverzekeraars, gemeenten en andere instellingen beter mogelijk te maken. Ik zal uw Kamer binnenkort informeren over mijn bevindingen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de nieuwe ‘regeling jaarverantwoording wet marktordening gezondheidszorg’ die volgens het adviescollege toetsing regeldruk een extra pakket verantwoordingseisen is, waarvan nut en noodzaak onvoldoende is aangetoond. Is de minister bereid deze regeling in te trekken?**

Er zijn bij de totstandkoming van de Regeling openbare jaarverantwoording WMG meerdere gesprekken met de Eerstelijnscoalitie gevoerd. Op basis van deze gesprekken is de Regeling openbare jaarverantwoording wet marktordening gezondheidszorg (WMG) ten opzichte van de concept-regeling zodanig aangepast dat de administratieve lasten voor alle zorgaanbieders zijn verminderd.

Het Adviescollege toetsing regeldruk (hierna: ATR) onderkent in de aanvullende zienswijze dat de openbare jaarverantwoording van belang is voor het toezicht van de externe toezichthouders, belangenorganisaties en journalisten. Wel uit het ATR in de aanvullende visie twijfel over het nut en de noodzaak van de stapeling van de verschillende wettelijke controle- en verantwoordingsverplichtingen in het kader van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en de Aanpassingswet Wtza (AWtza). Deze opmerking gaat niet over het nut en de noodzaak van de Regeling openbare jaarverantwoording WMG, maar over de verschillende wettelijke instrumenten. Het gaat daarbij om de meldplicht, de vergunningplicht, de eisen voor de bestuursstructuur en de verantwoordingsplicht. Naar aanleiding van deze opmerking van het ATR wordt opgemerkt dat dit afzonderlijke wettelijke verplichtingen betreft met ieder een eigen doelstelling en doelgroep. De verschillende verplichtingen zijn gelet op de doelstellingen complementair aan elkaar en in de Wtza en de AWtza afzonderlijk geregeld.

Tevens constateert het ATR in de aanvullende zienswijze ten aanzien van de aangepaste Regeling, dat de regeldruk daardoor minder toeneemt dan in de eerdere versie van de regeling. Het aanvullende advies van ATR was dus geen reden voor verdere aanpassing of voor intrekking van de Regeling.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over hoe vrijwilligers die ontmoetingscentra voor thuiswonende ouderen met dementie opzetten meer ondersteund kunnen worden en hoe de financiering kan worden**

**geregeld.**

In de begroting 2022 is € 5 miljoen beschikbaar voor de verdere ondersteuning van mantelzorgers en mensen met dementie in Nederland. Hiervan gaan onder andere 34 gemeenten aan de slag samen met lokale (vrijwilligers)organisaties om ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun naasten te stimuleren en realiseren. Daarnaast gaat ZonMw volgend jaar nog meer gemeenten ondersteunen bij het versterken van het aanbod van zinvolle dagactiviteiten. Deze pilots worden begeleid door ZonMw. Tevens krijgen de reeds bestaande ontmoetingscentra (250) een herinneringskoffer als instrument om het gesprek tussen mantelzorgers en ouderen te stimuleren.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over wat er gedaan kan worden om de toelating van nieuwe COVID-medicijnen met zorgvuldigheid te versnellen, en na toelating sneller over te kunnen gaan op verstrekking.**

In het coronadebat van 16 september jl. verzocht de Kamer mij via de motie van de leden Stoffer, van der Plas en Gündoğan (Kamerstukken 2021/22, 25 295, nr. 1438) om een plan van aanpak op te stellen zodat COVID-19-geneesmiddelen na goedkeuring zo spoedig mogelijk kunnen worden toegepast bij patiënten.

De eerste behandelingen, specifiek gericht op het beperken van de ziektelast van COVID-19, die beschikbaar kwamen zijn antilichaambehandelingen. Inmiddels wordt één behandeling ingezet voor de Nederlandse patiënt. Dit geneesmiddel wordt via het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) beschikbaar gesteld voor ziekenhuisapotheken. De behandelend arts kan dit middel inzetten via de ziekenhuisapotheken. Wanneer nieuwe geneesmiddelen die beschikbaar komen in ziekenhuizen worden ingezet, zal naar verwachting deze route weer worden gebruikt.

Naar verwachting komen er in de komende maanden minimaal twee verschillende antivirale middelen beschikbaar die, via de eerstelijnszorg, in de vroege fase van een COVID-19-besmetting kunnen worden ingezet. Ik ben samen met de beroepsgroepen, het RIVM, het Zorginstituut en de farmaceutische bedrijven het proces van implementatie aan het vormgeven om dit proces zo soepel mogelijk te laten verlopen. Zo heeft het Zorginstituut voor COVID-19-geneesmiddelen een versnelde beoordelingsprocedure vastgesteld, die kan worden toegepast. Daarbij staan snelheid, maar ook een goede beoordeling voorop. We willen daarnaast kijken of we de COVID-19-middelen samen met Benelux-landen kunnen beoordelen. Dat helpt om snel en goed de juiste COVID-19-producten te kunnen inzetten bij patiënten die daar baat bij hebben.

Het is goed om te realiseren dat behandelingen waarover gerapporteerd wordt in de media lang niet altijd al beschikbaar zijn. Vaak wordt er gerapporteerd over eerste onderzoeksresultaten, maar zijn er meer onderzoeken nodig voordat we weten dat het middel überhaupt veilig, laat staan werkzaam is – los van het feit dat het geneesmiddel in die fase vaak helemaal nog niet te koop is. Momenteel zijn er geen COVID-19-behandelingen die al wel een handelsvergunning hebben, maar nog niet in Nederland worden ingezet.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over hoe we in de toekomst voorkomen dat de schaarste aan arbeidskrachten gaat lijden tot vershraling van de zorg.**

Ik ben het met de heer Van der Staaij eens dat het omgaan met schaarste aan personeel een belangrijke uitdaging is voor de toekomst. We hebben in de afgelopen kabinetsperiode met het Actieprogramma Werken in de Zorg de sector ondersteund om voldoende medewerkers te werven, te scholen en te behouden en hebben ingezet op arbeidsbesparende innovaties om zo tekorten aan personeel en daarmee verschraving van zorg te voorkomen. Om ervoor te zorgen dat een brede aanpak zoals ingezet met het Actieprogramma Werken in de Zorg ook de komende jaren kan worden voortgezet en personeelstekorten kunnen worden teruggedrongen heeft het kabinet bij de begroting van 2021 besloten om hiervoor structureel middelen beschikbaar te stellen: € 80 miljoen in 2022 en vanaf 2023 een bedrag van € 130 miljoen per jaar. Tot slot wordt er jaarlijks een raming gemaakt van de verwachte personeelstekorten. Dit geeft zicht op waar (welke sectoren en beroepsgroepen) tekorten kunnen worden verwacht en geeft daarmee handvatten om deze tekorten aan te pakken.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over wanneer de motie wordt uitgevoerd die oproept om knelpunten op het gebied van toegankelijkheid en financiering van palliatieve zorg in kaart te brengen.**

Voor het eind van het jaar stuur ik uw Kamer een stand van zaken brief aan over palliatieve zorg. Daarin ga ik nader in op deze motie. In het kort noem ik alvast een aantal aspecten. Zo is de subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis per 1-1-2022 verlengd met vijf jaar om deze zorg te continueren. Toegankelijkheid kan op vele manieren worden verbeterd, bijvoorbeeld door proactieve zorgplanning. Dit helpt om zorg op het juiste moment in te zetten en zal ook onderdeel uitmaken van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II. Een andere actie om de toegankelijkheid te verbeteren is via herkenbare en aanspreekbare teams in de wijkverpleging die palliatieve zorg leveren. De coöperatie Palliatieve Zorg Nederland brengt jaarlijks een financieel overzicht uit van de palliatieve zorg. Ook de NZa werkt verder aan verbetering van de financiering. Momenteel loopt er bijvoorbeeld een traject om de bekostiging van hospicezorg te verbeteren.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP), met betrekking tot het toegenomen aantal vrouwen dat om niet-medische redenen hun eicellen laat invriezen, of er daadwerkelijk op wordt toegezien dat de praktijk van het commercieel doneren van eicellen in Nederland niet plaatsvindt en dat er geen strijd is met het recht op kennis van wie de biologische moeder is.**

Elke instelling waar lichaamsmateriaal, dus ook eicellen, worden verkregen en bewaard, moet in het bezit zijn van een erkenning op grond van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal. Een instelling kan enkel deze erkenning krijgen als zij een not-for-profit instelling is. Dit is een vereiste bij de erkenning verlening, maar de instelling staat ook onder toezicht van periodieke inspectie door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op naleving van de Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal.

Daarnaast is in de Embryowet vastgelegd dat de verstrekking van eicellen niet tot geldelijk gewin mag leiden; voor eiceldonatie mogen alleen kosten worden vergoed die rechtsreeks gevolg zijn van de handelingen die benodigd zijn voor de eiceldonatie. De IGJ is belast met het toezicht op de naleving van de Embryowet en zal ook handhavend optreden als daar aanleiding voor is. Er zijn mij geen signalen bekend dat er in Nederland een praktijk zou bestaan van commercieel doneren van eicellen.

Ten slotte geldt dat in Nederland een kliniek wettelijk verplicht is om de gegevens van de eiceldonor die gebruikt zijn bij een fertiliteitsbehandeling te registreren bij de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting (op basis van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting). Zo is gewaarborgd dat een donorkind kan beschikken over zijn afstammingsgegevens.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over “Het opschalen van de IC capaciteit is mislukt”. Wat kan gedaan worden om nu meer IC personeel te werven om die hindernissen die er zijn wel weg te nemen?**

Ziekenhuizen werken hard aan het opleiden van personeel en het aantrekken van nieuwe medewerkers. Het kabinet ondersteunt ziekenhuizen op verschillende manieren, door fors te investeren in de zorg. Specifiek voor de bemensing van de IC's, maar ook buiten het ziekenhuis voor een goede doorstroom van patiënten. Zo heeft het kabinet voor de jaren 2020-2022 bijna € 500 miljoen euro beschikbaar gesteld voor uitvoering van het IC-opschalingsplan. In 2020 is met inzet van deze middelen vervroegd gestart met de Basis Acute Zorg (BAZ) opleiding. Deze opleiding duurt 6 maanden. Daarna kunnen deze verpleegkundigen worden ingezet voor verschillende taken binnen het acute cluster, onder andere op de IC. Na de BAZ-opleiding kunnen de overige modules voor het diploma IC-verpleegkundige worden gevolgd. Ook kunnen ziekenhuizen onbeperkt gespecialiseerde verpleegkundigen, waaronder de IC-verpleegkundigen, opleiden via de beschikbaarheidsbijdragen voor de verpleegkundige vervolgopleidingen. In 2020 zijn er 74 mensen met de BAZ-opleiding gestart en in 2021 tot september al 190. In 2019 stroomden er 440 verpleegkundigen in de opleiding tot IC-verpleegkundige, in 2020 463 en in 2021 zijn er tot september 316 ingestroomd, dit is bovenop de aantallen die in de BAZ-opleiding zijn ingestroomd.

Daarnaast heeft de NVZ 15 september jl. een Verklaring Versterking Arbeidsmarkt Zorg vastgesteld. Hierin spreken zij de ambitie uit om in 2022 en 2023 de adviezen van het Capaciteitsorgaan op te volgen voor de FZO-opleidingen in het ziekenhuis, waaronder de opleiding tot IC-verpleegkundige.

Er wordt hard gewerkt aan het realiseren van de verdere opschaling volgens het Opschalingsplan, daar is continu alle inzet op gericht, maar het kabinet ziet ook dat goed opleiden begeleiding vraagt en dat is lastig nu de druk op de ziekenhuizen en de IC's al zo lang zo groot is. Daarom wordt ook gekeken naar maatregelen zoals de concentratie van COVID-19 patiënten binnen regio's en/of op landelijk niveau, Duitsland die IC-patiënten kan overnemen, het meer toepassen van digitale zorg en verdere inzet van de gehele zorgketen ten behoeve van de zorg voor COVID-19 en reguliere patiënten.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over wat daadwerkelijk gedaan wordt om mentale aandoeningen, met name bij jongeren, te voorkomen.**

Ik heb u op 15 oktober per brief geïnformeerd over de voortgang van de Verkenning Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid (Kamerstukken 2021/22, 32793, nr. 573). Deze verkenning laat zien dat urgentie en draagvlak wordt gevoeld door alle betrokken partijen om gezamenlijk preventief aan de slag te gaan. In deze brief heb ik een aantal vervolgstappen aangekondigd. Zo werk ik samen met de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap aan het landelijke onderzoek naar mentale gezondheid onder studenten in het hoger onderwijs en onder studenten in het middelbaar beroepsonderwijs. Samen met de Nationale

Jeugdraad (NJR) richten we dit jaar nog een jongerenpanel mentale gezondheid op. Verder is er nog het programma Welbevinden binnen Gezonde School-aanpak. Ik zal uw Kamer begin 2022 informeren over de vervolgstappen van de verkenning.

Ik heb diverse activiteiten ingezet om de kwetsbare jongeren te ondersteunen en de weerbaarheid te vergroten. Ik noem steunpakketten van ruim 100 mln. van eind 2020 en voorjaar 2021 om contacten te faciliteren en activiteiten te organiseren voor lichte mentale ondersteuning. Hierbij hebben vooral jeugd- en jongerenwerk forse inzet gepleegd om kwetsbare jeugdigen te helpen. Ruim 10 mln. is ingezet via landelijke organisaties voor bijvoorbeeld het organiseren van fysieke inloophijeenkomsten voor en door jongeren met mentale problemen (@Ease).

Nu coronamaatregelen grotendeels zijn teruggedraaid, zien we, onder meer uit het RIVM-gedragsonderzoek dat een groot deel van de jongeren grote veerkracht heeft en dat het mentale welzijn daarmee weer toeneemt. Tegelijkertijd weten we nog niet of en welke specifieke groepen jongeren achterblijven in mate van mentaal welzijn. Daarom blijven we dit ook de komende jaren goed monitoren om gericht beleid in te kunnen zetten voor jongeren die mentaal kwetsbaar zijn.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over of de minister kan uitleggen waarom geestelijke gezondheid niet meegenomen is in het Nationaal Preventie akkoord?**

Bij de totstandkoming van het Nationaal Preventieakkoord is ervoor gekozen om focus aan te brengen en prioriteit te geven aan de aanpak van drie leefstijlthema's: roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Deze thema's zijn namelijk, met 35.000 doden en 9 miljard euro aan zorguitgaven per jaar, de grootste oorzaak van leefstijl gerelateerde ziektelast in Nederland. Ik onderschrijf de urgentie en noodzaak om met het veld de handen ineen te slaan om de mentale gezondheid in Nederland te beschermen en te bevorderen. Naar aanleiding van de motie van de leden Dik-Faber en Diertens ben ik met de veldpartijen en de ministeries van SZW en OCW de mogelijkheden en contouren van een Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid aan het verkennen. In de Kamerbrief van 15 oktober jl. (Kamerstukken 2020-2021, 32793, nr. 573) is de tussenstand van de verkenning gemeld. Deze verkenning laat zien dat alle betrokken partijen gezamenlijk preventief aan de slag willen op het thema mentale gezondheid. De verdere uitwerking hiervan en besluitvorming hierover is aan een volgend kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over of de minister kan uitleggen waarom eenzaamheid onder jongeren weggemoffeld wordt onder de koepelaanpak van Maatschappelijke Diensttijd?**

Eenzaamheid onder jongeren is een serieus probleem dat de hele samenleving raakt. De oplossing is inderdaad ook veel breder dan alleen via de Maatschappelijke Diensttijd (MDT). Corona heeft het belang hiervan extra benadrukt. MDT heeft laten zien dat het met de bijdrage van jongeren aan de maatschappij, talentontwikkeling en stimuleren van ontmoetingen bijdraagt aan maatschappelijke vraagstukken als eenzaamheid bij jongeren. Dit is een belangrijk onderdeel bij de inbedding van MDT als instrument in de uitvoering van het sociaal domein. In coronatijd heeft het ministerie van VWS daarnaast met het steunpakket welzijn jeugd laagdrempelige projecten ondersteund die het mentale welzijn van jongeren moeten vergroten, zoals luisterlijnen, sociale ontmoetingsplekken en

activiteiten. Ook is ingezet op doorontwikkeling van Join-us en BRAVICO, organisaties die zich met succes inzetten tegen eenzaamheid bij jongeren. Het programma Eén tegen eenzaamheid –primair gericht op ouderen- heeft ook aandacht voor eenzaamheid bij jongeren.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over een specifieke aanpak voor eenzame jongeren met bijbehorende doelstellingen, conform het Programma Een tegen eenzaamheid voor ouderen.**

Het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid is opgezet als onderdeel van het 'Pact voor de Ouderenzorg' (2018) met de focus op ouderen waar eenzaamheid het vaakst voorkomt. Met de vergrijzende bevolking is dit tevens een groeiend urgent probleem. De aanpak heeft lokaal en landelijk een bewustwording en actie op gang gebracht die impact heeft op deze opgave, niet alleen bij ouderen. Gemeenten kiezen in hun lokale aanpak van eenzaamheid op welke doelgroep ze zich richten. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ondersteunt deze aanpak met adviseurs en toolkits. Ik richt daarnaast een jongerenpanel in, in het kader van de mentale gezondheid. In de publiekscampagne besteedt de minister van VWS ook aandacht aan jongeren. In 2021 heeft de minister van VWS de Wetenschappelijke Adviescommissie advies gevraagd over eenzaamheid bij jongeren en waar de kansen liggen voor een impactvolle aanpak. Dit advies stuurt de minister van VWS u met de voortgangrapportage eind dit jaar. Het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid gaat in ieder geval door tot in 2023. Nadere keuzes over hoe de aanpak van eenzaamheid bij jongeren verder wordt vormgegeven is aan het nieuwe kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over hoe het kan zijn dat GGZ-aanbieders miljoenen winst kunnen maken, maar de premies voor burgers nog steeds stijgen?**

Het gemiddelde winstpercentage van zorgaanbieders in de gezondheidszorg is laag, zoals ook aangegeven in de beantwoording op vraag 11 in het Verslag houdende een lijst van vragen en antwoorden (Kamerstukken 2021/22, 35 925-XVI, nr. 14).

In de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg vallen instellingen van intramurale zorg en delen van de extramurale zorg, zoals extramurale medisch-specialistische zorg, onder het verbod op winstoogmerk op grond van de Wet toelating zorginstellingen. Dit geldt dus ook voor intramurale ggz-zorg. Zij mogen geen winst uitkeren. Het positieve resultaat dat zij boeken, kan aangewend worden voor het aanleggen van buffers, of geherinvesteerd worden in de zorg. Het is aan een volgend kabinet om besluiten te nemen over eventuele verruiming of inperkingen op het gebied van winstuitkering door zorgaanbieders.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over hoe het kan dat er nog steeds een tekort aan personeel bestaat. De vooruitzichten in 2000, 2005, 2010 en 2015 wezen al op een tekort. Waarom zijn we niet in staat dit probleem op te lossen?**

Als iets duidelijk is geworden dan is het dat het vraagstuk van voldoende gekwalificeerde zorgprofessionals iets van de lange adem is. De arbeidsmarkt staat dan ook al jaren op de agenda van VWS. We zien dat vooral sinds 2016 het aantal arbeidsplaatsen in de zorg flink toeneemt en daarmee ook het tekort aan zorgprofessionals. Er is de afgelopen jaren dan ook hard gewerkt aan het terugdringen van het tekort. We hebben in de afgelopen kabinetsperiode met het

Actieprogramma Werken in de Zorg de sector ondersteund om voldoende medewerkers te werven, te scholen en te behouden. Daarbij zijn de adviezen van bijvoorbeeld de SER en de Commissie Werken in de Zorg ter harte genomen. Met het actieprogramma zijn resultaten geboekt. Bij de start van het actieprogramma in 2018 bedroeg het verwachte tekort in 2022 circa 100 tot 125 duizend personen. De meest recente raming (uit oktober 2020) laat een verwacht tekort van 56.300 tot 73.800 duizend personen zien in 2022. Dat neemt niet weg dat ook de komende jaren door vergrijzing en ontgroening een tekort zal blijven aan voldoende, goed gekwalificeerde zorgprofessionals. De WRR geeft in het recente advies 'Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak' aan dat we blijvend moeten inzetten op meer personeel. Dit vraagt om een brede en integrale aanpak om mensen aan te trekken, te motiveren en te behouden voor de zorg. Om ervoor te zorgen dat een brede aanpak zoals ingezet met het Actieprogramma Werken in de Zorg ook de komende jaren kan worden voortgezet heeft het kabinet bij de begroting van 2021 besloten om hiervoor structureel middelen beschikbaar te stellen: 80 miljoen euro in 2022 en vanaf 2023 een bedrag van 130 miljoen euro per jaar. Hiermee is er ruimte voor structurele inzet op opleiden, loopbaanontwikkeling, het verminderen van de werkdruk, meer loopbaanperspectief voor medewerkers, verbetering van contracten (betere roostering, grotere contractomvang) en meer regie en zeggenschap.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over Hoe kan het zo zijn dat bij uitbehandeling van milde klachten de GGZ een bonus tegemoet kan zien, waardoor chronisch zieken stevast onderaan de behandellijst worden geplaatst?**

Op 15 oktober 2021 is – naar aanleiding van een verzoek van het Kamerlid Van Baarle (DENK) – een brief naar de Tweede Kamer gestuurd waarin wordt toegelicht hoe de perverse prikkels in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden aangepakt (Kamerstukken 2020/21, 25 424, nr. 591). De huidige DBC-bekostiging werkt in de praktijk onderfinanciering van zware ggz en overfinanciering van lichte ggz in de hand. Met de nieuwe bekostiging die per 1 januari 2022 in de ggz wordt ingevoerd, wordt onderfinanciering van zware ggz en overfinanciering van lichte ggz naar verwachting tegengegaan, omdat de nieuwe bekostiging niet langer wordt gebaseerd op gemiddelde trajecten van diagnostiek en behandeling – zoals de DBC-bekostiging – maar op de feitelijke inzet van beroepen en aantallen behandel- en diagnostiekconsulten. Daarmee biedt de nieuwe bekostiging handvatten om gerichte afspraken te maken over een passende vergoeding van zorg voor hoogspecialistische en outreachende ggz, zorg die doorgaans gebruikt wordt door cliënten met een complexe zorgvraag en/of een ernstige psychiatrische aandoening. Omdat financiële prikkels ook worden bepaald door de afspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling maken, is het van belang dat zij in de contractering gebruik gaan maken van de handvatten die de nieuwe bekostiging geeft om tot afspraken te komen over een vergoeding op maat voor geleverde zorg.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over dat het voor DENK onvoorstelbaar is dat mondzorg niet in het nationaal preventieakkoord is opgenomen. Kan de minister dat uitleggen?**

Bij de totstandkoming van het Nationaal Preventieakkoord in 2018 is ervoor gekozen om focus aan te brengen en prioriteit te geven aan de aanpak van drie

leefstijlthema's: roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Omdat deze thema's, met 20%, de grootste oorzaak van de leefstijlgerelateerde ziektelast in Nederland zijn, met 35.000 doden en 9 miljard euro aan zorguitgaven per jaar.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over**

**wat de minister doet op het gebied van de mondzorg voor de kwetsbare groep ouderen die nog thuis wonen en wat de minister doet om hen te identificeren en te helpen.** Het is bekend dat bij een deel van de kwetsbare ouderen de mondgezondheid afneemt. Dit heeft veel verschillende oorzaken. In de monitor mondgezondheid die ik ga opstarten zal specifiek aandacht zijn voor deze groep, om zo de problematiek beter in beeld te krijgen. Ook heb ik recent de stichting 'de mond niet vergeten!' (DMNV) een subsidie verleend om middels een publiekscampagne het belang van de mondgezondheid bij ouderen onder de aandacht te brengen. Deze campagne is recent van start gegaan en richt zich primair op ouderen zelf en hun mantelzorgers, maar heeft ook aandacht voor (mond)zorgprofessionals rondom de oudere.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over weigering om rechterlijke uitspraken t.a.v. Wob-verzoeken in te willigen.**

Inmiddels zijn zo'n 100 Wob-juristen aan het werk om ervoor te zorgen dat de meer dan 1,8 miljoen documenten in overeenstemming met de Wet openbaarheid van bestuur openbaar worden. En dus ook uitvoering te geven aan rechterlijke uitspraken. Vorige week heeft de Raad van State het hoger beroep van VWS in een aantal zaken gegrond verklaard. De veronderstelling van de heer Kuzu dat de juristen openbaarheid moeten verhinderen klopt niet. Wij houden ons aan de wet. Extra juristen zijn er juist voor aangetrokken om het mogelijk te maken dat de informatie openbaar wordt gemaakt. Wellicht heeft de heer Kuzu ook een verkeerd beeld van juristen en zeker die bij VWS: zij zijn ervoor om zaken mogelijk te maken.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over hoe het kan zijn dat de GGZ patiënten die reeds in behandeling zijn uitschrijft en nieuwe patiënten uitnodigt, terwijl er geen behandelplekken zijn.**

Ik vind het belangrijk dat in de geestelijke gezondheidszorg de mens centraal staat. Vanzelfsprekend past een dergelijke werkwijze daar niet bij. Gelukkig herken ik de handelswijze die u benoemt niet als een gebruikelijke manier van werken. Ik heb hierover in deze situatie ook contact gehad met de directeur-bestuurder van de betreffende aanbieder.

Ik wil benadrukken dat zorgaanbieders de verantwoordelijkheid hebben om zorg van goede kwaliteit aan te bieden. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt daar toezicht op.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie-Den Haan) over regionale respijtaanjagers/respijtcoördinatoren en de financiering hiervan.**

Iedere gemeente heeft een mantelzorgsteunpunt waarvoor gemeenten via een decentralisatie-uitkering middelen ontvangen. Het steunpunt leidt mantelzorgers toe naar de juiste ondersteuning en respijtzorg. Daarnaast is sinds eind vorig jaar het adviesteam mantelzorg voor gemeenten actief, dat gemeenten lokaal ondersteunt bij mantelzorgondersteuning. Dit adviesteam is er gekomen naar aanleiding van het advies van de landelijk aanjager respijtzorg en fungeert als

regionale/lokale respijtaanjager. Een extra respijtcoördinator is daarom mijns inziens niet nodig.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie-Den Haan) om geïnformeerd te worden over de veranderopgave van het ministerie naar aanleiding van de motie-Den Haan (Kamerstukken 2020/21 35 830, nr. 28).**

Uw Kamer heeft d.d. 27 oktober de eerste voortgangsbrief ontvangen om u te informeren over de voortgang van het programma verbetering financieel beheer (Kenmerk 3273830-1017501-FEZ). Om de structurele borging verder vorm te geven en hierbij ook aandacht te besteden aan de culturele aspecten, is KPMG gevraagd om hierover te adviseren. Het advies is als bijlage meegezonden bij deze brief. Ik herken mij in het advies van KPMG en intern wordt gewerkt aan een projectplan om de structurele borging verder vorm te geven en uit te voeren. De veranderopgave, zoals verwoord in de motie-Den Haan c.s. (Kamerstukken II, 2020/21, 35 830 nr. 36), wordt hierin meegenomen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie-Den Haan) over wat er nodig is om een maatschappelijke dialoog over de betaalbaarheid van de zorg op gang te brengen.**

Het verbeteren van de toekomstbestendigheid van de zorg vraagt om politieke keuzes. Moeilijke keuzes vragen ook om een maatschappelijk debat. Ik heb hier ook een bijdrage aan willen leveren met de discussienota 'Zorg voor de Toekomst' en de dialoognota 'Ouder worden 2020-2040'. De WRR adviseert om moeilijke beleidskeuzes ook voor te leggen aan burgerfora. Het volgend kabinet zal op een later moment met een uitgebreide reactie komen op het WRR-advies. Hierbij zal ook gekeken worden naar de adviezen van de WRR om maatschappelijk draagvlak voor politieke keuzes te creëren.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid den Haan (Fractie Den Haan) over de evaluatie van het actieprogramma Langer Thuis en op de vraag of er zicht is op lokale programma's in andere steden. Daarnaast de vraag hoe het komt dat de Kamer nu pas de uitkomsten van de evaluatie te lezen krijgt, en wat met de aanbevelingen uit de analyse is gebeurd.**

Met de derde voortgangsrapportage heb ik ook de lerende evaluatie van het programma Langer Thuis met uw Kamer gedeeld (Kamerstukken 2020/21 31765, nr. 607). De lerende evaluatie van het programma Langer Thuis richtte zich met name op de samenwerking en bevat waardevolle aanbevelingen voor de toekomst. In de evaluatie staan bevindingen over wat goed is gegaan, bijvoorbeeld dat het programma in veel regio's gezorgd heeft voor een stimulans op het genereren en implementeren van oplossingen en dat er zich een netwerk heeft gevormd met veel potentie voor toekomstige samenwerking. De drie voortgangsrapportages laten zien dat er op veel verschillende terreinen en op grote dossiers voortgang is geboekt. Tegelijkertijd komt uit de evaluatie ook naar voren dat er nog meer impact mogelijk was. Zo geven verschillende partijen aan dat er vanuit hun optiek 'geen echte doorbraken' zijn gerealiseerd. In de evaluatie wordt dit vooral gewijd aan onuitgesproken verwachtingen.

De evaluatie is met de betrokken veldpartijen besproken en er is nagedacht hoe op korte termijn opvolging gegeven kan worden aan de aanbevelingen. Zo zal er een bijeenkomst voor de betrokken partijen worden georganiseerd waarin

regionale vragen centraal staan en gaan partijen met elkaar in gesprek over (het versterken van) de sociale basis. Ook hebben partijen de behoefte uitgesproken ook de komende jaren met elkaar samen te werken aan de opgaven in het kader van de ouderenzorg. Mijn rol hierin is zowel ondersteunend als faciliterend. De evaluatie richtte zich op de samenwerking tussen partijen rondom het landelijke programma Langer Thuis en niet op lokale programma's, waardoor hier verder ook geen inzicht in is. Tenslotte vraagt u waarom deze inzichten over het programma Langer Thuis nu pas met de Kamer gedeeld worden. Uw Kamer heeft drie voortgangsrapportages van het programma Langer Thuis ontvangen; daarin wordt inzicht gegeven in het gevoerde beleid en de voortgang hierop.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over het meenemen van evaluaties en inzichten van afgeronde en lopende actieprogramma's bij het opstarten van nieuwe programma's.**

Deze evaluaties en inzichten nemen we mee bij het formuleren van vervolgbeleid. De verschillende evaluaties die door programma's zijn uitgevoerd bevatten waardevolle aanbevelingen om (met veldpartijen) mee aan de slag te gaan. Daarnaast ondersteunen de Strategische Evaluatie Agenda (SEA) en de pilot Lerend Evalueren de ontwikkeling van het ministerie van VWS als lerende organisatie.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie den Haan) over wat ervoor nodig is om het programma Ouder Worden 2040 te laten slagen en om tot implementatie over te gaan.**

Het vraagstuk over de opgave voor de toekomst gaat breder dan de zorg. Het is een maatschappelijke opgave die iedereen raakt. Daarom zijn veel partijen binnen en buiten de zorg betrokken bij het programma Ouder Worden 2040. Het eindresultaat van dit programma is niet een klassiek rapport, maar een door partijen gedragen transformatieagenda. De beweging die met het programma op gang is gebracht en de transformatieagenda die daaruit volgt kunnen als input dienen voor verdere beleidskeuzes van een volgend kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over geluiden dat jongeren zich nog steeds niet laten vaccineren, omdat zij denken dat zij er toch niet ziek van zullen worden. En ook IC-verpleegkundigen die zeggen, dat bijvoorbeeld mensen die op IC terecht komen en niet gevaccineerd zijn, toch spijt hebben. Vraag aan de minister of we toch niet nog meer gerichte voorlichting kunnen geven om de vaccinatiegraad nog verder te laten stijgen?**

De huidige aanpak voor het verder verhogen van de vaccinatiegraad kenmerkt zich al door een focus op doelgroepen en een wijkgerichte en/of regionale aanpak. Dit is een proces van lange adem en niet opgeven. Communicatie, specifieke informatievoorziening en diverse andere interventies worden gericht ingezet voor achterblijvende kwetsbare groepen en/of stadswijken en regio's; jongeren, vrouwen die zwanger zijn of een kindwens hebben, mensen die er nog niet toe zijn gekomen zich te laten vaccineren of die nog twijfelen, mensen met een migratie-achtergrond en mensen die vanwege hun geloof nog geen vaccinatieafspraken hebben gemaakt. Ook wordt de campagne prikken zonder afspraak, die aantoonbaar effectief is geweest, uitgebreid naar meer wijken waar de vaccinatiegraad laag is, en komt de informatie hierover in elf talen beschikbaar. Daarbij is er naast informatie over het laagdrempelig vaccineren en de thema's die al lange tijd een rol spelen (bijwerkingen, veiligheid, noodzaak) ook blijvende en

proactieve aandacht voor het weerleggen van desinformatie.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie den Haan) over de mismatch tussen de eerste stages en het curriculum die men krijgt aangeboden in het eerste halfjaar, met name in het mbo. Kan de minister samen met de minister van OCW goed kijken naar het curriculum zodat deze kan worden aangesloten op de stages zodat uitstroom kan worden voorkomen?**

De aansluiting tussen de opleiding en praktijk is een belangrijk aandachtspunt voor de opleidingen in de zorg. Zoals reeds aangegeven in mijn brief aan de Tweede Kamer van 25 oktober jl. (kenmerk 3269975-1017886-MEVA) werk ik actief samen met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) op het gebied van voldoende stages die van voldoende kwaliteit zijn. Tevens zet ik met het Stagefonds (125 mln. in 2021) in op het investeren in de kwaliteit van de zorgopleidingen en stages. Voor 2022 heb ik daar bovenop € 63,5 mln. beschikbaar gesteld voor zorginstellingen om te innoveren in stagebegeleiding. Een betere aansluiting tussen opleiding en praktijk vormt hierbij onderdeel van genoemde kwaliteitsimpuls. Daarnaast voert het ministerie van OCW actief beleid om uitval uit de opleiding terug te dringen, door bijvoorbeeld met stakeholders in te zetten op een goede loopbaanoriëntatie (Kamerstukken II, 2020/2021, 31 524, nr. 489).

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over het Delta Masterplan Arbeidsmarkt Zorg en het voorstel om arbeidsmarktcontracten anders in te richten.**

In verschillende arbeidsmarktregio's zijn initiatieven in ontwikkeling. Deze initiatieven zijn erop gericht om meer flexibiliteit te kunnen houden met de wensen van zorgmedewerkers om wat meer flexibiliteit te hebben. Steeds gaat het er om een betere balans te creëren tussen werk en privé. Ik ben zeker bereid het initiatief verder te bekijken. Binnenkort wordt een inventarisatie gemaakt van hoe de ideeën zich verhouden tot de bestaande arbeidswetgeving.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie den Haan) over dat op dit moment andere ministeries niet betrokken zijn bij de uitvoer van het preventieakkoord. Dit is een verkokerde visie op preventie, hoe ziet de staatssecretaris dit in het licht van het WRR-rapport?**

Bij de totstandkoming van het Nationaal Preventieakkoord is ervoor gekozen om focus aan te brengen en prioriteit te geven aan de aanpak van drie leefstijlthema's: roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Deze thema's zijn namelijk, met 35.000 doden en 9 miljard euro aan zorguitgaven per jaar, de grootste oorzaak van de ziektelast in Nederland. Bij bepaalde acties uit het akkoord zijn ook andere ministeries betrokken. Zoals het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bij de vormgeving van het programma Vitaal Bedrijf. De WRR bepleit een structureel grotere inzet op gezondheid vanuit andere beleidsterreinen en voor een inzet op brede preventie. Dit is in lijn met de insteek die dit kabinet heeft opgenomen in de discussienota Zorg voor de Toekomst, met de gezonde leefomgeving bij het inlopen van gezondheidsachterstanden. Het is aan het volgende kabinet om hier verdere beleidskeuzes in te maken.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over een aparte portefeuille voor de ggz in het komende kabinet.**

Ik wil vooropstellen dat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) een domein is waar veel professionals zich dag in dag uit inzetten om mensen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben te helpen. Tegelijk ben ik het met het lid Den Haan eens dat de ggz voor grote uitdagingen staat. Hier ligt een stevige opgave voor het volgende kabinet. Het is uiteraard aan dit volgende kabinet om te bepalen hoe de ggz-portefeuille wordt belegd.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over gesprekken van de minister met het veld over de inventarisatie van knelpunten rond de toegang van patiënten tot geneesmiddelen. Kamerlid Den Haan heeft uit gesprekken met het veld begrepen dat deze gesprekken nog niet hebben plaatsgevonden. Zij vraagt waarom dit zo lang duurt en wanneer de Tweede Kamer te horen krijgt wat er concreet uit deze gesprekken is gekomen.**

Kamerlid Den Haan heeft gevraagd nader in te gaan op de uitvoering van de door haar ingediende motie van juli jl. over het, in overleg met patiëntenorganisaties en farmaceuten, in kaart brengen van knelpunten rond de toegang van patiënten tot geneesmiddelen. Er hebben inmiddels wel degelijk gesprekken plaatsgevonden met vertegenwoordigers van zowel farmaceuten als patiënten. Daarbij hebben zij afzonderlijk aangegeven welke knelpunten zij ervaren bij de toegang tot geneesmiddelen. In de komende weken worden alle betrokkenen opnieuw uitgenodigd voor een overleg op basis van de conclusies van de gehouden gesprekken. Zoals ik in de Stand van zakenbrief Moties en Toezeggingen begroting 2021 heb aangegeven, verwacht ik u over deze inventarisatie voor het einde van het kalenderjaar te informeren.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie Den Haan) over de implementatie van de aanbevelingen uit het rapport aanjager respijtzorg en of er lessen uit de evaluatie, het actieprogramma Werken in de zorg en Langer thuis te trekken zijn die de kans van slagen van de aanpak kunnen vergroten.**

Een belangrijk deel van de aanbevelingen van de landelijk aanjager respijtzorg staan opgenomen in de landelijke aanpak Samen sterk voor mantelzorg (oktober 2020). Zo is er één landelijke informatiepagina op de website van MantelzorgNL gerealiseerd met alle mantelzorgsteunpunten in Nederland, inclusief vormen van respijtzorg. Ook zijn er lokale aanjagers respijtzorg aangesteld: sinds december 2020 is het landelijke adviesteam mantelzorg voor gemeenten aan de slag mede namens de VNG en MantelzorgNL. Het adviesteam heeft al bij meer dan 60 gemeenten ondersteuning geboden en advies uitgebracht en draagt zo bij aan het lokaal verder aanjagen van goede mantelzorgondersteuning. Tot slot is sinds vorig jaar de campagne #deelzorg gelanceerd om mantelzorgers beter bewust te maken van ondersteuning en het delen van zorg. Komend jaar worden de evaluaties van de verschillende trajecten betrokken bij de verdere doorontwikkeling van de mantelzorgaanpak.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Den Haan (Fractie den Haan) over dat kaders waar de gemeenten aan moeten voldoen ontbreken.**

Gemeenten krijgen via het gemeentefonds middelen voor mantelzorgondersteuning. Gemeenten hebben beleidsvrijheid om te bepalen waar ze dit geld aan besteden. Zij leggen daarover verantwoording af aan de

gemeenteraad.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over de mens centraal stellen, regels schrappen en te gaan voor radicale vernieuwing van de zorg.**

In de afgelopen periode heb ik, samen met alle betrokken partijen, met het programma [Ont]Regel de Zorg ingezet op het verminderen van de regeldruk die zorgverleners ervaren. Dat programma omvat tal van acties gericht op het wegnemen van concrete knelpunten waar zorgverleners in hun dagelijkse praktijk tegenaan liepen en die zij in schrapessies op tafel legden. De oproep van het lid Van der Plas om te luisteren naar de vakmensen en hun zorgen serieus te nemen onderschrijf ik dan ook van harte. Zij weten zelf het beste waar de schoen wringt en door welke regels, processen of werkwijzen de bezem moet. Ook voor de aanpak van regeldruk in de zorg in de komende periode acht ik het betrekken van zorgverleners zelf essentieel, waarbij ik aantekenen dat de precieze invulling van die aanpak aan een volgend kabinet is.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over of de minister bereid is de Nederlandse boeren, telers en tuinders en vissers te betrekken bij het preventieakkoord.**

Ik zou het toejuichen als bij een eventueel volgend akkoord met nóg meer partijen, die aantoonbaar kunnen bijdragen aan het behalen van de gestelde ambities in 2040, aan een gezonder Nederland kan worden gebouwd. Daarbij kan wat mij betreft zeker ook aan de door het lid Van der Plas genoemde beroepsgroepen worden gedacht.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over of de minister bereid is om te kijken of voedselonderwijs onderdeel kan laten zijn van het curriculum (vanaf groep 1 basisonderwijs) op te nemen?**

Via het programma Gezonde School vindt deze samenwerking tussen OCW, LNV en VWS al plaats. Dit programma werkt vraaggestuurd; scholen kunnen zelf aangeven of ze mee willen doen en op welk gezondheidsthema. Scholen kunnen onder meer kiezen voor het thema 'Voeding en bewegen'. Via de aanpak "Jong Leren Eten" (JLE) worden jongeren bewust gemaakt van de herkomst en waarde van voedsel en het maken van gezonde en duurzame keuzes.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over hoe het kabinet ervoor zorgt dat we in de jeugdzorg niet kampioen uithuisplaatsing maar kampioen ondersteuning zijn en welke rol kan familie hierbij spelen?**

Het beleid is dat een uithuisplaatsing alleen gebeurt als er geen alternatief meer is. Samen met de sector wordt hard gewerkt om het aantal uithuisplaatsingen terug te dringen. Aanbieders ontwikkelen innovatieve vormen van hulp om uithuisplaatsingen te voorkomen, zoals de methode KINGS (Accare) en Gezin Totaal (Horizon) waarbij het gehele gezin (kind én ouders gezamenlijk), vaak op locatie, worden geholpen. De sector voert onderzoek uit waarbij wordt uitgezocht bij een aantal uithuisplaatsingen, wat wel en wat niet gewerkt heeft en wat we daarvan kunnen leren. Daarnaast wordt op 8 november a.s. een ronde tafel georganiseerd met experts uit het veld over de vraag hoe uithuisplaatsingen in de toekomst voorkomen kunnen worden. Verder wordt in het kader van de

Hervormingsagenda met gemeenten, zorgaanbieders, professionals en cliënten gesproken over het terugdringen en waar mogelijk voorkomen residentiële zorg.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over dat er een zorginfarct is. De Jeugdzorg is onhoudbaar, de ggz kan het niet meer aan. De verpleeghuizen lopen over en de huisartsen zitten met de handen in het haar. Allemaal komen ze om in de protocollen en rapportages, het personeel ziet het niet meer zitten en loopt weg waardoor de werkdruk nog hoger oploopt. Wat gaat de minister daaraan doen? Welke boodschap heeft de minister voor de mensen in de zorg, hoe gaat deze begroting deze problemen oplossen?**

De druk op de zorg is hoog en dat wordt gevoeld in verschillende sectoren. De krapte op de arbeidsmarkt is daar een van de oorzaken van. Recent zijn ook verschillende adviezen verschenen over de krapte op de arbeidsmarkt, waaronder het rapport van de Sociaal-Economische Raad (SER), de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid en van de Commissie Werken in de Zorg. Uit de verschillende rapporten komen herkenbare aandachtspunten naar voren, zoals de focus op behoud, aandacht voor zeggenschap en werkdruk, het verhogen van de deeltijdfactor en de inzet van sociale en technologische innovaties. Er ligt voldoende input voor een volgend kabinet om voortvarend mee aan de slag te gaan. In de reactie op het SER- advies 'Aan de slag voor de zorg; een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt' dat ik u op 3 september 2021 toestuurd, zijn ook al verschillende opties voor een vervolg geschetst (Kamerstukken 2020/2021, 29 282, nr. 443). De inhoud en vormgeving daarvan is aan een nieuw kabinet

Aan het verminderen van de regeldruk die zorgprofessionals ervaren werk ik samen met alle betrokken partijen in het programma [Ont]Regel de Zorg. Dat omvat tal van concrete, door zorgprofessionals zelf geagendeerde knelpunten uit hun dagelijkse praktijk, maar ook experimenten zoals bij ggz-zorgaanbieder Arkin, en acties gericht op het op gang brengen en ondersteunen van een lokale ontregelbeweging in zorginstellingen zelf. Ook de komende periode blijft dit thema volop de aandacht hebben. De precieze invulling van de aanpak voor de komende jaren is aan een nieuw kabinet.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over een echte aanpak om minder patiënten in ziekenhuizen blijft uit. We moeten werken aan een weerbare en vitale bevolking. Aandacht voor een goede leefstijl en gezond voedsel, aandacht voor beweging, behandeling en vroegtijdige signalering. Waarom zet de minister hier niet veel meer op in?**

Het besef groeit dat meer nodig is om mensen gezond te houden en zodoende de zorg te ontlasten. In aanvulling op de leefstijlthema's denk ik ook aan meer beweegaanbod, een aanpak rond mentale gezondheid en meer oog voor gezondheidsachterstanden. Er moet gekeken worden naar de samenhang met de verschillende factoren die van invloed zijn op die achterstanden. Denk bijvoorbeeld aan een groene en gezonde leef- en voedselomgeving. Bovenal is er behoefte aan een structurele basis voor preventie en gezondheid. Met meer inzet van gemeenten, lokaal en in regionaal verband. En met meer inzet van zorgpartijen op gezondheid. Het is aan een nieuw kabinet om de balans op te maken en een volgende stap te zetten met preventie en gezondheid.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van der Plas (BBB) over**

**de tekorten in de kraamzorg en het verzoek voor een integraal plan. En de vraag of er subsidiemogelijkheden kunnen komen voor branche-erkende opleidingen tot kraamverzorgende.**

Door een combinatie van factoren is er momenteel een piek in het aantal geboortes. Tot dusver hebben de zorgaanbieders gezamenlijk de zorg voor moeder en kind voldoende kunnen opvangen. De sector doet wat zij kan, er wordt intensief samengewerkt. Dit alles om de zorg zo goed mogelijk in regio's op elkaar af te stemmen en te coördineren.

Zowel de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houden ieder vanuit hun eigen rol de borging van de zorgcontinuïteit in de geboortezorgketen in de gaten. Er is hierbij nauw contact met ziekenhuisbestuurders in alle regio's en de betrokken veldpartijen. Het ministerie van VWS zet daarnaast met het Actieprogramma Werken in de Zorg in op het voldoende werven van medewerkers, op te leiden en te behouden. Met de toenemende zorgvraag en de krappe arbeidsmarkt is voldoende gekwalificeerd personeel één van de grootste uitdagingen waar we ook bij de kraamzorg voor staan. Daarom moeten we ook de komende jaren blijven inzetten op méér en flexibel opleiden voor de toekomst, het anders organiseren en inrichten van het werk en op méér waardering voor zorgprofessionals via goede arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden.

Met de beschikbaar gestelde (extra) middelen voor het breed pakket werken in de zorg zal het nieuwe kabinet daar ook mee doorgaan.

VWS investeert extra in instroom en behoud van zorgprofessionals met de subsidieregeling Sectorplanplus, als onderdeel van het programma Werken in de Zorg. Iedere werkgever uit de sector zorg en welzijn kan hierop een beroep doen mits ze zich verbindt aan een regionaal actieplan tegen tekorten op de arbeidsmarkt. Deze middelen kunnen ook ingezet worden voor de brancheopleiding Kraamverzorgende.

Ook wil ik wijzen op de mogelijkheid dat het opleiden van kraamverzorgenden als gesprekspunt terug kan komen in de contracteergesprekken tussen zorgverzekeraars en kraamzorgorganisaties. Zorgverzekeraars kunnen hierover in de tarieven afspraken maken met zorgaanbieders. In het licht van de herijkte NZa tarieven in de kraamzorg is er duidelijkheid dat er voor komende jaren hogere tarieven beschikbaar zijn in de kraamzorg.

De branche erkende opleiding tot kraamverzorgende valt nu niet onder het Stagefonds Zorg. De opleidingen die in het Stagefonds zitten leiden tot een door OCW erkend diploma. Bij de branche opleidingen tot kraamverzorgende is dat niet het geval. De mbo-opleiding Verzorgende IG - waarin de brancheverbijzondering Kraamverzorgende is opgenomen en studenten kunnen kiezen voor het keuzedeel Verdieping Kraamzorg- zit wel in het Stagefonds Zorg. Op basis van een positieve evaluatie in 2020 is de Subsidieregeling stageplaatsen zorg II recentelijk verlengd tot 1 augustus 2022 en ligt voortzetting van de subsidieregeling na 1 augustus 2022 in de lijn der verwachting. Het nieuwe kabinet zal een beslissing nemen over eventuele inhoudelijke wijzigingen en over de opleidingen die in aanmerking komen voor subsidie.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Simons (BIJ1) over het zorgprestatie­model en het terugdringen van wachtlijsten.**

De huidige bekostiging in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) werkt in de praktijk onderfinanciering van zware ggz en overfinanciering van lichte ggz in de hand. Dat is een factor die kan bijdragen aan de vorming van wachtlijsten. Met de nieuwe

ggz-bekostiging, die per 1 januari 2022 wordt ingevoerd, wordt onderfinanciering van zware ggz en overfinanciering van lichte ggz tegengegaan. Dit wordt toegelicht in de brief over financiële prikkels in de ggz die op 15 oktober 2021 naar de Tweede Kamer is gestuurd. Het is daarbij wel van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de contractering ook daadwerkelijk gebruik maken van de handvatten die de nieuwe bekostiging geeft om tot afspraken te komen over een vergoeding op maat voor geleverde zorg.

Het is onvermijdelijk dat de invoering van een nieuwe bekostiging eenmalig extra werk met zich meebrengt. Toch is het zorgprestatie-model een veel eenvoudiger bekostigingssysteem dan de huidige DBC-bekostiging, waardoor de verwachting is dat de invoering tot een structurele daling van de administratieve lasten leidt. Dit wordt verder onderbouwd en toegelicht in mijn brief aan de Tweede Kamer van 6 oktober 2020 (Kamerstuk 25 424, nr. 554). Ook dat kan bijdragen aan de aanpak van wachtlijsten.

Met partijen in de ggz is afgesproken dat de nieuwe ggz-bekostiging macrobudgettair neutraal wordt ingevoerd. Het macrokader voor de ggz blijft even hoog als eerder is afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord GGZ 2019 t/m 2022. Er wordt geen bezuiniging voor ingeboekt.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Simons (BIJ1) over de status van het onderzoek naar Long COVID en wanneer de getroffen kunnen verwachten erkenning te krijgen voor hun problemen?**

Ik wil benadrukken dat ik mij inzet voor onderzoek, ondersteuning en (h)erkenning voor patiënten met Long COVID. In de Kamerbrief d.d. 20 september 2021 (Kamerstukken 2021/22, 25 295, nr. 1453) heb ik aangegeven welke activiteiten en inzet het kabinet op dit vlak pleegt. Het onderzoek naar aanhoudende klachten is reeds via ZonMw uitgezet en gestart. De subsidieoproep voor onderzoek naar effectieve interventies voor aanhoudende klachten na COVID-19 is onlangs opengezet. Momenteel kunnen onderzoeksinstellingen hiervoor projectideeën indienen. Ik verwacht dat op basis van lopend onderzoek meer bekendheid wordt gegenereerd waarmee de zorg aan Long COVID-patiënten passender ingezet kan worden. Uit gesprekken met patiënten blijkt dat erkenning van ziektebeeld Long COVID van groot belang is. Ik ben mij er van bewust dat het van groot belang is om ontwikkelingen op Long COVID nauw te volgen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Simons (BIJ1) over het aantal uit huis geplaatste kinderen van gedupeerde ouders in de periode 2005-2015? Hoe vaak zijn deze kinderen uit huis geplaatst zonder tussenkomst van de rechter? Hoe denkt dit kabinet ooit nog zaken goed te kunnen maken voor deze slachtoffers?**

Ik vind het verschrikkelijk dat de problemen met de kinderopvangtoeslag op welke manier dan ook een rol gespeeld hebben bij het uit huis plaatsen van kinderen van gedupeerde ouders. Dat had niet mogen gebeuren. Specifiek voor ouders en kinderen die op dit moment nog te maken hebben met een uithuisplaatsing werkt het Rijk samen met de VNG en vertegenwoordigers van de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK), jeugdbescherming, jeugdhulpaanbieders en de rechtspraak aan een plan van aanpak. Daarbij zal bekeken worden of herstel van de gezinssituatie wenselijk en mogelijk is, en in hoeverre een lopende uithuisplaatsing heroverwogen kan worden en welke hulp en ondersteuning hierbij nodig is voor het hele gezin. Dit vereist per geval een individuele afweging waarbij het belang van het kind voorop staat. Deze aanpak moet zorgvuldig worden

uitgewerkt en getoetst worden bij getroffen ouders en kinderen. De minister voor Rechtsbescherming heeft u hierover op 21 oktober per brief geïnformeerd (3598550, d.d. 21 oktober 2021). Het plan van aanpak ontvangt Uw Kamer medio november.

Het CBS heeft gekeken naar kinderen van gedupeerde ouders waarbij sprake is van een kindbeschermingsmaatregel (dus met tussenkomst van de rechter) in combinatie met jeugdhulp met verblijf in de periode 2015-2020. De cijfers hebben niet betrekking op het aantal vrijwillige uithuisplaatsingen. Er vindt geen registratie plaats van vrijwillige uithuisplaatsingen, waarbij ouders zelf aangeven de opvoeding niet aan te kunnen en kinderen (tijdelijk) elders verblijven. De periode waarop de analyse ziet (2015-2020) heeft te maken met de ingang van de Jeugdwet per 2015 en hoe vanaf dat moment de registratie bij het CBS is vormgegeven. Voor 2015 werd geen centrale registratie bijgehouden van zowel kindbeschermingsmaatregelen als van jeugdhulp met verblijf.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Simons (BIJ1) over de verloren € 5,1 miljard.**

Anders dan de vraag doet veronderstellen is er € 5,1 miljard uitgegeven aan het beheersen van de coronacrisis. Wel heeft de Algemene Rekenkamer bij het Jaarverslag VWS 2020 een aantal onvolkomenheden geconstateerd. Hierop is een verbeterprogramma met de Algemene Rekenkamer afgesproken, waarover de Tweede Kamer is geïnformeerd. Op 26 oktober jl. heb ik hierover een voortgangsbrief naar de Tweede Kamer gestuurd (kenmerk 3273830-1017501-FEZ). Onderdeel van het verbeterprogramma is het project "Herstel". Dit beoogt onzekerheden en fouten in de rechtmatigheid uit 2020 alsnog te herstellen.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Simons (BIJ1) over hoe het belang van persoonlijk contact met de cliënt of patiënt zich verhoudt tot werkdruk in de zorg.**

De begroting start met een reflectie en vooruitblik op de Coronaperiode waarin een acceptabele belastbaarheid van de zorg als één van de beleidsdoelen wordt genoemd. Als het gaat om belastbaarheid en de ervaring van werkdruk is het belangrijk dat zorgprofessionals voldoende werkplezier ervaren. Het persoonlijk contact met cliënten en patiënten is hier een essentiële component van en het verlagen van de administratieve lastendruk ook. Voor dit laatste wordt met het programma Ontregel de zorg gewerkt aan het verminderen van de ervaren regeldruk. Om het werkplezier te vergroten en een prettige en veilige werkomgeving te stimuleren, heeft het kabinet instrumenten en activiteiten ingezet binnen het programma Werken in de zorg. Voor beide programma's geldt dat de inspanningen om het werkplezier te vergroten en de werkdruk te verlagen worden gecontinueerd richting de toekomst. De precieze inkleuring hiervan is echter aan een volgend kabinet.

**Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over hoe het mogelijk is dat alle procedures op het ministerie opzij werden gezet om corruptie mogelijk te maken rond de inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen. Wat is de rol en verantwoordelijkheid van de minister hierin geweest?**

Zoals ik ook aangaf in mijn antwoord op vraag 4 van het Kamerlid Pouw-Verweij (Kamerstukken AH 326, 2021Z1457) over het aanvullend onderzoek naar de

inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) voor de zorg, is aan het onderzoeksbureau Deloitte gevraagd om onafhankelijk en onpartijdig onderzoek te verrichten naar de inkoop van PBM voor de zorg.

Het is van belang dat er door het uitvoeren van dit onderzoek volledige openheid komt over de gang van zaken. Daarom richt het onderzoek zich niet alleen op het onderzoeken van de overeenkomst met Hulptroepen Alliantie (HA) en/of Relief Goods Alliance B.V. (RGA), maar op alle overeenkomsten. De tweede fase van het onderzoek zal zich -zoals genoemd in de brief van 18 juni jl. (Kamerstukken 2020/21, 32 805, nr. 117)- naast de andere twee overeenkomsten met een totaalwaarde van meer dan 100 miljoen euro ook richten op ieders rol en verantwoordelijkheid in de bredere kwestie van de inkoop van PBM.

Om ervoor te zorgen dat het beeld van de gang van zaken over de inkopen van PBM zo compleet mogelijk wordt, heeft de toenmalig minister Medische Zorg en Sport in dezelfde brief laten weten dat het onderzoeksbureau de ruimte krijgt om de reikwijdte van het onderzoek uit te breiden om waar mogelijk alle signalen te kunnen onderzoeken. Ik zal het onderzoeksbureau op uw vraag attenderen.

#### **Antwoord van de op de vragen van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over de sterfte in 2021.**

Het is op dit moment niet mogelijk om een verklaring te geven waarom de sterfte vanaf week 20 in 2021, hoger is dan de sterfte in dezelfde periode in 2020. Dit kan namelijk verschillende verklaringen hebben. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) maakt ieder kwartaal het sterftecijfer op basis van doodsoorzaak bekend. Op dit moment zijn de doodsoorzaken tot en met maart 2021 (CBS 1 juli 2021 <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2021/26/doodsoorzaken-2020-maart-2021>) bekend. Het is nu dus nog niet mogelijk om een verklaring te geven.

In week 20 tot en met 40 van 2021 zijn er iets minder dan 61.000 mensen overleden. Het betreft hier absolute sterfte. Van deze groep was 14% jonger dan 65 jaar, 32% tussen de 65 en 80 jaar en 54% 80 jaar en ouder. Deze percentages zijn, voor het genoemde tijdvak, nagenoeg gelijk aan die van 2020 en van de jaren ervoor.

De pandemie kent een grillig verloop. Er kan ook niet gesteld worden dat ondersterfte automatisch volgt op oversterfte.

#### **Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over of de minister zich eigenlijk geen zorgen maakt over de bijwerkingen van de verschillende vaccins? En hoeveel gevallen van Myocarditis zijn er geteld? En hoeveel meer miskramen vinden er nu plaats in vergelijking met het pre-vaccinatie tijdperk?**

Ik heb veel vertrouwen in de zorgvuldigheid waarmee de verschillende vaccins zijn beoordeeld en de wijze waarop mogelijke bijwerkingen worden onderzocht. Het Lareb verzamelt, registreert en analyseert alle meldingen die worden gedaan na vaccinatie. Opvallende meldingen worden gemeld aan het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Als meldingen daartoe aanleiding geven, worden deze verder besproken met het Europees Geneesmiddelenagentschap. Het grootste deel van de bijwerkingen is niet ernstig en zien we ook bij andere vaccins. Voorbeelden zijn pijn op de prikplek, spierpijn, hoofdpijn, of algehele malaise. Meestal zijn de klachten binnen enkele dagen over.

De heer Van Haga vraagt in het bijzonder naar het aantal gevallen van myocarditis na vaccinatie. Volgens de meest actuele cijfers van het Lareb betreft het 34 meldingen na vaccinatie met het vaccin van BioNTech/Pfizer (op ruim 18 miljoen vaccinaties met dit vaccin) en 16 meldingen na vaccinatie met het Moderna-vaccin (op bijna 2 miljoen vaccinaties met dit vaccin). Myocarditis kan ook voorkomen na infectie met het coronavirus. Uit de beschikbare onderzoeken en analyses blijkt dat de voordelen van vaccinatie opwegen tegen de eventuele nadelen.

Tot slot vraagt u naar het aantal miskramen dat nu plaatsvindt in vergelijking met het pre-vaccinatie tijdperk. Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt dat gevaccineerde vrouwen geen verhoogd risico lopen op een miskraam. Het betreft onderzoek van het Noorse Instituut voor de Publieke Gezondheid, in samenwerking met het Institute of Environmental Health Sciences in de VS en de University of Ottawa in Canada (Zie: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2114466>). Zwangere vrouwen lopen echter wel een hoger risico op het ontwikkelen van ernstige ziekte door COVID-19 in vergelijking tot niet-zwangere vrouwen. Dat heeft niet alleen gevolgen voor de moeder, maar ook voor het ongeboren kind (met name door vroeggeboorte indien het kind eerder gehaald moet worden). Vaccineren is voor deze groep dus extra belangrijk. Dat geven ook de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) aan.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Haga ( Groep Van Haga) over waarom in Noorwegen, Zweden en Finland acuut is gestopt met het Moderna-vaccin?**

Deze landen hebben naar aanleiding van een Noorse studie besloten het Moderna-vaccin niet meer aan te bieden aan jongeren, vanwege een iets hogere kans op een ontsteking van de hartspier (myocarditis) na vaccinatie. Het is een bijwerking die reeds bekend was en ook is opgenomen in de bijsluiters. De Nederlandse Gezondheidsraad heeft geadviseerd om het Moderna-vaccin beschikbaar te stellen voor alle mensen vanaf 12 jaar die er gebruik van willen maken. De Gezondheidsraad acht het vaccin voldoende werkzaam en voldoende veilig. De Gezondheidsraad benoemt ook dat na vaccinatie met het Moderna-vaccin - net als bij BioNTech/Pfizer-vaccin - in zeer zeldzame gevallen myocarditis (ontsteking van de hartspier) en pericarditis (ontsteking van het hartzakje) kan optreden. Beide ontstekingen zijn echter bekende ziektebeelden en kennen meestal een mild verloop en volledig herstel. Dat dit ziektebeeld optreedt ná vaccinatie betekent niet dat het vaccin altijd de oorzaak is. Myocarditis en pericarditis komen jaarlijks voor bij 1 tot 10 op de 100.000 mensen. Ook een corona-infectie of andere infectie kan bijvoorbeeld de oorzaak zijn. In een Amerikaanse studie (Singer et al., 2021) wordt aangegeven dat met name jonge mannen een zes keer hogere kans hebben op myocarditis na infectie op SARS-CoV-2, in vergelijking tot jonge mannen die tegen het virus zijn gevaccineerd. Dat laat onverlet dat het belangrijk is alert te zijn op mogelijke klachten na vaccinatie met deze vaccins. Bij benauwdheid, pijn op de borst, of hartkloppingen is het advies om altijd contact op te nemen met je arts.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over de vaccinatiestatus van COVID-19-patiënten die worden opgenomen in het ziekenhuis.**

Uit onderzoek van het RIVM (zie RIVM, 14 oktober 2021) blijkt dat tussen 1 september en 3 oktober jl. 4 op de 5 COVID-19-patiënten op de intensive care ongevaccineerd waren. Van alle in het ziekenhuis opgenomen COVID-19-patiënten

waren 3 op de 4 ongevaccineerd. Dit betreft het aantal patiënten waarvan de vaccinatiestatus bekend was: 1369 (92%) voor ziekenhuis en 282 (91%) voor IC.

Op dit moment is ruim 80 procent van iedereen van 12 jaar en ouder gevaccineerd. De groep gevaccineerden is dus veel groter dan de groep niet-gevaccineerden. Hoewel de kans dat een gevaccineerd persoon in het ziekenhuis wordt opgenomen dus klein is, ligt er vanwege de grote omvang van de groep ook een aantal gevaccineerden in het ziekenhuis.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over het aantal dagen dat je gevaccineerd moet zijn voordat je geregistreerd wordt als “gevaccineerde patiënt”**

Het RIVM publiceert elke dinsdag een update van de deelname aan de COVID-19 vaccinatie. Hierin wordt iemand als volledig gevaccineerd gerekend wanneer de laatste vaccinatie is gezet. Dit is zonder wachttijd. Dat wil zeggen na de tweede vaccinatie voor AstraZeneca, BioNTech/Pfizer en Moderna en na de eerste vaccinatie voor Janssen, of voor personen die COVID-19 hebben doorgemaakt al na één vaccinatie. Deze definitie wordt ook gehanteerd bij het bepalen van de vaccinatiestatus van patiënten die met Covid-19 zijn opgenomen in het ziekenhuis.

**Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Haag (Groep Van Haga) over de vraag of er een verklaring is dat er een gigantisch personeelstekort is ontstaan in de zorg.**

Door inspanningen van velen is het gelukt het personeelsaanbod de afgelopen kabinetsperiode te laten groeien. De instroom is groter dan de uitstroom waarmee per saldo het netto aantal medewerkers in de zorg is toegenomen. De zorgvraag groeit echter nog harder. Deze groei is met name het gevolg van demografische ontwikkelingen waardoor er meer en gemiddeld oudere mensen zijn, en van technologische ontwikkelingen die meer behandeling mogelijk maken. De afgelopen jaren is volop ingezet op het verminderen van tekorten. Om de broodnodige inzet te kunnen continueren heeft het kabinet het afgelopen jaar ook structureel middelen ingezet voor blijvende inzet op het tegengaan van tekorten.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over waarom in de afgelopen anderhalf jaar het aantal IC-bedden niet opgeschaald is als het criterium de druk op de IC's is.**

Op verzoek van de toenmalige minister voor Medische Zorg en Sport heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in de zomer van 2020 het IC-Opschalingsplan opgesteld. Daarmee werd – binnen de grenzen van het haalbare – een forse uitbreiding van de capaciteit in de ziekenhuizen gerealiseerd: een uitbreiding van 200 extra IC-bedden structureel voor de duur van de COVID-19-pandemie en daarbovenop nog 350 IC-bedden die flexibel opschaalbaar zijn. Daarnaast zijn maatregelen doorgevoerd op het vlak van onder meer de opleiding van personeel, vervoer, coördinatie, monitoring en informatiedeling. Voor de uitvoering van het plan heeft het kabinet voor de jaren 2020-2022 circa 500 miljoen euro beschikbaar gesteld.

Op verzoek van VWS werkt het LNAZ nu aan een evaluatie en actualisatie van het Opschalingsplan. In het kader van deze exercitie hebben de voorzitters van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen bij het LNAZ aangegeven dat er in de huidige situatie en gegeven de inzetbare personeelscapaciteit maximaal 1.350 IC-bedden

in Nederland beschikbaar kunnen worden gemaakt. Ik heb het LNAZ daarom gevraagd om te onderzoeken hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen. De resultaten van het onderzoek van het LNAZ verwacht ik een dezer dagen.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over de vraag waarom de minister heeft gekozen voor maar 24 uur, terwijl de incubatietijd langer is. Kan deze tijd langer?**

Er is gekozen voor een geldigheidsduur van 24 uur na afname van een antigeen test op grond van het advies van OMT (advies 122, van 30 juli 2021), als deze een negatieve uitslag heeft. Bij een geldigheidsduur van 24 uur is de kans dat iemand toch besmet en besmettelijk is in deze periode acceptabel laag. Bij een geldigheidsduur die langer is dan 24 uur zou deze kans groter worden en dat is ongewenst.

**Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over besmette gevaccineerden met een groen vinkje.**

Voorop staat dat als iemand klachten heeft, je thuis moet blijven en je laten testen bij de GGD. Mocht het een positieve testuitslag opleveren dan blijf je in thuisisolatie en vermijd je contact met anderen. Dit is de belangrijkste maatregel om verdere besmettingen te voorkomen en raakt aan de verantwoordelijkheid die mensen daarin zelf hebben.

Vaccins bieden een hoge en effectieve bescherming, desondanks blijft het evenwel mogelijk dat alsnog sprake is van een infectie. Het is echter wel zo dat een geïnfecteerde gevaccineerde een lagere hoeveelheid virus met zich draagt en ook gedurende een kortere periode. De kans op transmissie is daarmee beperkt, maar inderdaad niet nul.

De CoronaCheck-app is ontwikkeld volgens de principes van privacy- en security by design waarbij verschillende maatregelen zijn getroffen om de privacy van burgers te borgen. Eén ervan is dat mensen zelf ervoor kiezen om gegevens op te halen en dat deze niet automatisch naar de app worden verzonden. Eventuele testgegevens van een besmetting kunnen daarom niet automatisch gelieerd worden aan een verkregen QR-code. Deze ontwerpkeuzes hebben de consequentie dat een QR-code niet zonder meer automatisch op afstand kan worden ingetrokken.

**Antwoord van de op de vraag van het Kamerlid Van Haga (Groep Van Haga) over het herstelbewijs en de geldigheidstermijn van 180 dagen.**

In haar laatste (127<sup>e</sup>) advies adviseert het OMT positief op de vraag of de geldigheid van het herstelbewijs op basis van een positieve coronatest verlengd kan worden. Het OMT adviseert een verlenging tot 12 maanden. Het OMT stelt dat deze termijn mogelijk verder opgerekt kan worden zodra er beter inzicht is in het aantal herinfecties dat leidt tot ziekenhuisopname of mortaliteit. Daarom is verlenging tot onbepaalde tijd, zoals nu geldt voor de termijn van een vaccinatiebewijs, nu niet aan de orde. Ook is er geen reden om de geldigheid van het vaccinatiebewijs te verkorten naar 180 dagen.

Het kabinet besluit op 2 november 2021 over het advies van het OMT om de geldigheid van het herstelbewijs als coronatoegangsbewijs te verlengen naar 1 jaar en zal uw Kamer in de stand van zakenbrief van die dag informeren. Het herstelbewijs voor internationaal gebruik is 180 dagen geldig na moment van testafname. Deze termijn is vastgesteld door de Europese Commissie. Recent

heeft de Europese commissie nog bevestigd dat dit termijn niet verlengd wordt.

**Antwoord van deop de vraag van het Kamerlid Hans Smolders (Groep Van Haga) over Molukse en Indische kwestie. De staatssecretaris kent de dossiers. De vraag is of er niet toch nog iets mogelijk is om deze ereschuld op een fatsoenlijke manier in te lossen.**

Deze week heb ik u het plan (3265946-1017413-MEVA, d.d. 25 oktober 2021) gestuurd van de extra impuls die ik met 20,4 mln geef aan de erkenning van de Molukse en Indische kwestie. Voorafgaand aan dit plan heb ik een brede raadpleging laten doen in de gemeenschap naar de mogelijke inzet van deze extra middelen. Educatie, kennis over de geschiedenis van voormalig Nederlandse Indië en de Indische gemeenschap in Nederland, stond op de eerste plek. De sinds deze week gestarte commissie 'Versterking kennis geschiedenis voormalig Nederlands-Indië' onder voorzitterschap van mw. Bussemaker zal hier mee aan de slag gaan. Daarnaast is het de bedoeling dat we vanuit de overheid de komende periode gesprekken voeren met meerdere partijen uit de Molukse gemeenschap. Deze gesprekken zijn bedoeld om te luisteren en te horen wat er leeft en speelt en waar behoefte aan is.