

BIJVOEGSEL

Schriftelijke antwoorden van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Sport op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2021 (35570-XVI);**
- **het wetsvoorstel Wijziging van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2020 (Tweede incidentele suppletoire begroting inzake Coronamaatregelen) (35567).**

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over wat de minister ervan vindt dat de ziekenhuiszorg geen buffer heeft naar aanleiding van de coronacrisis.

Een les uit de eerste golf was dat er meer buffercapaciteit aan IC- en klinische bedden nodig is om een eventuele volgende golf op te kunnen vangen, zodat daarvoor niet meteen de reguliere zorg afgeschaald hoeft te worden. Dit is uitgewerkt in het Opschalingsplan van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), dat op 30 juni jl. aan de Tweede Kamer is aangeboden (Kamerstukken 2020/2021, 25 295, nr. 455). Het plan bevat een structurele uitbreiding met 200 IC-bedden en 400 klinische bedden ten behoeve van covid-zorg per 1 oktober; en per 1 januari 2021 een flexibele uitbreiding van nog eens 350 IC-bedden en 700 klinische bedden voor covid-zorg. In het debat van 4 november jongstleden heeft de heer Wilders (PVV) in een motie (Kamerstukken 2020/2021, 25 295, nr. 690) verzocht of de regering een structurele reserve van IC-bedden en klinische ziekenhuisbedden aan wil houden teneinde toekomstige pandemieën en rampen beter op te kunnen vangen. In de appreciatie op deze motie heb ik aangegeven dat de opschaling er nu is voor de coronatijd en dat we daarna – als de coronacrisis voorbij is – inderdaad gaan kijken wat er structureel nodig is aan reserve.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) wat de minister ervan vindt dat de reguliere zorg is vertraagd vanwege corona.

De covid-19-pandemie heeft een grote impact op de zorg. Een belangrijke les uit de eerste golf was dat afschaling en uitstel van de reguliere zorg ten behoeve van covid-19-zorg zoveel mogelijk voorkomen zou moeten worden. Dit geldt zeker voor de acute en kritieke planbare reguliere zorg. Daarom heb ik op 23 oktober jl. het *Tijdelijk beleidskader voor het waarborgen acute zorg in de covid-19-pandemie* uitgebracht. Hierin zijn, in samenwerking met veldpartijen en de toezichthouders, aanvullende maatregelen getroffen om te borgen dat de toegang van patiënten tot de (acute en kritieke planbare) reguliere zorg overal in Nederland gelijk blijft. Er zijn criteria gesteld welke zorg moet plaatsvinden om gezondheidsschade en/of het verlies van levensjaren zo veel mogelijk te voorkomen en er zijn afspraken gemaakt zodat de kwaliteit die wordt geleverd en de afwegingen die daarbij door zorgprofessionals worden gemaakt overal gelijkwaardig blijven.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over waarom wordt doorgedaan met beleid terwijl de coronacrisis heeft blootgelegd dat de ziekenhuiszorg verschaald is.

De coronacrisis is een zeer uitzonderlijke situatie waarin er heel veel gevraagd wordt van de ziekenhuiszorg. De sector heeft geleverd en levert nog steeds. Dat de sector daarbij ook zijn grenzen kent, is in een situatie als deze niet meer dan logisch en staat los van de reguliere situatie in de ziekenhuizen. Tijdens deze pandemie hebben de ziekenhuizen en de zorgprofessionals laten zien dat ze beschikken over een grote flexibiliteit en aanpassingsvermogen, waarbij nauw wordt samengewerkt zowel binnen als buiten de sector. Ook landen met een andere organisatie van de gezondheidszorg lopen tegen grenzen aan. Ik vind het belangrijk om deze zaken, en de andere lessen die we leren over de organisatie van de zorg ten tijde van een crisis of pandemie, vast te houden in de toekomst.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) dat er over 20 jaar 164.000 verpleeghuisplekken nodig zijn en daarvoor geen plan is, en een minister voor ouderenhuisvesting nodig is.

TNO heeft becijferd dat er in 2040 ongeveer voor 261.000 personen verpleegzorg nodig is (een toename van ruim 100.000 plekken). Met zorgkantoren heb ik afgesproken dat zij eind van dit jaar per regio een plan hebben gemaakt met de relevante stakeholders in de regio. In dat plan staat wat de situatie in een regio is, hoeveel plekken er stapsgewijs tot 2040 bij moeten komen, en hoe

dat gerealiseerd kan worden. Ook zal per regio worden aangegeven wat nodig is om die plekken te realiseren. Samen vormen de plannen een aanpak om in 2040 tot 261.000 plekken voor verpleegzorg te komen. Nog dit jaar stuur ik u een volgende voortgangsrapportage over de wachtlijsten en capaciteitsaanpak waarin ik de plannen opneem. Daarmee zijn de stappen die gezet moeten worden duidelijk. Dat kan ook zonder een minister voor ouderenhuisvesting.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vragen van het Kamerlid Agema (PVV) over de Juiste Zorg op de Juiste Plek en nieuwe initiatieven van medisch specialisten

Ik herken het beeld dat het lid Agema (PVV) schetst niet. De zorg moet inspelen op grote veranderingen, zoals de vergrijzing en andere zorgbehoeften. Er is een nieuwe manier van denken en (samen)werken nodig. Uit dit besef is de Juiste Zorg op de Juiste Plek ontstaan: een beweging juist van partijen in de zorg en ondersteuning om het dagelijks functioneren van de mens weer centraal te stellen en de zorg toekomstbestendig te maken. Om zorg te voorkomen, te verplaatsen en vervangen door andere (meer innovatieve) vormen van zorg. Het gaat daarbij niet om het afbreken van onderdelen van de zorgketen, maar juist om deze keten sterker te maken.

Er is als het gaat om de Juiste Zorg op de Juiste Plek door zorgpartijen veel in gang gezet en gerealiseerd. Dat blijkt ook uit de talloze mooie praktijkvoorbeelden die inmiddels op de website van de Juiste Zorg op de Juiste Plek staan. Van ziekenhuizen, huisartsen tot instellingen voor ouderen. Dat toont aan dat het werkt en dat het veld de meerwaarde van de beweging ziet.

Als het gaat om de hinder die medisch specialisten zouden ondervinden bij nieuwe initiatieven herhaal ik het antwoord van vorig jaar. Het is goed dat medisch specialisten nieuwe initiatieven ontplooiën buiten de muren van het ziekenhuis, wanneer deze ten goede komen aan betere en doelmatige zorg voor de patiënt. Als medisch specialisten hinder ondervinden voor wenselijke initiatieven, moeten we de hinder uiteraard proberen weg te nemen.

En wanneer er knelpunten zijn in de bekostiging, kan er in sommige gevallen ruimte worden gecreëerd in de bekostiging via verschillende experimenteerartikelen in de regelgeving van de NZa. Daarbij verwacht ik van verzekeraars dat zij goede initiatieven stimuleren met adequate bekostiging en waar mogelijk congruent gedrag. Ik vertrouw erop dat ook ziekenhuizen open staan voor initiatieven als dat de zorg ten goede komt en dat dit onderdeel vormt van de gesprekken die gevoerd worden over de regiobeelden en aansluitend de regioaanpak. Mij is niet bekend dat dit op dit moment een groter en algemeen probleem vormt. Maar mocht dit toch zo zijn, dan ga ik hierover graag het gesprek aan.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over waarom we de reguliere zorg niet apart inrichten van de crisiszorg.

In het Opschalingsplan voor IC- en klinische bedden dat afgelopen zomer door het Landelijk Netwerk Acute Zorg is opgesteld, is bewust gekozen om covid-zorg en reguliere zorg niet apart van elkaar in te richten. Aan deze opties zaten te veel nadelen. Juist door de zorg naast elkaar te leveren, kan gebruik worden gemaakt van de al bestaande faciliteiten bij ziekenhuizen. In het debat van 4 november jl. heeft de heer Wilders (PVV) in een motie (TK 2020/2021, 25 295, nr. 690) verzocht of de regering een structurele reserve van IC-bedden en klinische ziekenhuisbedden aan wil houden teneinde toekomstige pandemieën en rampen beter op te kunnen vangen. In de appreciatie op deze motie heb ik aangegeven dat voornoemd Opschalingsplan is gemaakt voor deze pandemie. Om het nu voor de toekomst vast te zetten op het niveau en de organisatie die daarin wordt genoemd, vind ik geen goed idee. Er is mijns inziens een bepaalde mate van robuustheid én flexibiliteit nodig om de toekomstige structurele capaciteit en een eventuele reserve van IC-bedden en klinische ziekenhuisbedden te organiseren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid

Agema (PVV) over wat de Minister gaat doen om te zorgen dat mensen met een full-time salaris in de zorg economisch zelfstandig worden.

Om een concurrerende salarisontwikkeling mogelijk te maken, stelt het kabinet jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling beschikbaar. Deze kabinetsperiode ging dat toe nu om bijna 5 miljard euro in de periode 2018-2020. Voor 2021 gaat het – bij huidige inzichten met betrekking tot ontwikkeling van de lonen en sociale lasten in de markt – om circa 1 miljard euro structureel. De beschikbare arbeidsvoorwaardenruimte vertaalt zich uiteindelijk in de cao's die in de sector worden afgesloten. De afgelopen jaren zijn de salarissen in de zorg meegestegen met de ontwikkeling in de markt en zelfs veelal daar wat boven. Dit leidt tot salarissen die hoger zijn dan het criterium voor economische zelfstandigheid. De gemiddelde maandelijkse beloning bij een voltijdswerkweek – inclusief bijzondere beloningen zoals vakantiegeld, eindejaarsuitkering en onregelmatigheidstoelage – van bijvoorbeeld een helpende in de Verzorging, Verpleging en Thuiszorg in de leeftijd tussen 20 en 24 jaar bedraagt volgens de gegevens van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn circa 2100 euro bruto. Dat ligt zo'n 16% boven het wettelijk minimumloon (inclusief vakantiegeld).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de voltijdbonus.

Het doel van een dergelijke bonus zou zijn om medewerkers te stimuleren om meer te gaan werken. Het in zijn algemeenheid belonen van zorgmedewerkers die voltijd werken of doorwerken in de vakanties, is echter in strijd met de Wet Onderscheid Arbeidsduur. Ik begrijp de wens van de PVV en ondersteun de gedachte achter het voorstel. Zoals toegezegd tijdens het AO Arbeidsmarkt op 12 november 2020, ga ik het College voor de Rechten van de Mens vragen welke juridische mogelijkheden er zijn voor een dergelijke maatregel.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over wat de minister doet aan overbelasting van de verpleeghuiszorg door het tekort aan 30.000 werknemers waardoor de kwaliteit van zorg onder het minimum komt, ook de komende jaren.

Het is belangrijk dat de personele bezetting in de verpleeghuiszorg op orde is. Die uitdaging is dit kabinet een paar jaar gelden aangegaan. In de verschillende voortgangsrapportages van het programma Thuis in het Verpleeghuis en het actieprogramma Werken in de Zorg wordt daar ook uitgebreid op ingegaan. Met de investering van € 2,1 miljard dienen er in de periode 2018-2021 61.000 zorgverleners (35.000 fte) bij te komen in de verpleeghuiszorg. Ook voor extra kwaliteit, dus bovenop het extra benodigde personeel voor de groei van het aantal cliënten. Daarmee wordt het eindperspectief van het kwaliteitskader bereikt in 2022. In de vierde voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis (Kamerstukken 2019/2020, 31 765. nr. 494) heb ik uw Kamer in juni van dit jaar gemeld dat er tot en met het vierde kwartaal 2019 36.000 werknemers bij zijn gekomen in de verpleeghuiszorg, waarvan 26.000 voor extra kwaliteit (16.500 fte). Recente cijfers over de eerste helft van 2020 laten zien dat er in dat half jaar 12.000 werknemers extra bijgekomen zijn (7.000 fte), grotendeels voor extra kwaliteit. Dit laat zien dat de verpleeghuissector op schema ligt wat betreft de personele uitdaging van het kwaliteitskader. Er moeten nog meer mensen bijkomen, er is zeker nog genoeg te doen. Met de sector zet het kabinet de schouders eronder.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over financiële barrières om meer uren te werken.

Ik heb de mogelijkheid van een bonus onderzocht om medewerkers te stimuleren om meer te gaan werken. Het in zijn algemeenheid belonen van zorgmedewerkers die voltijd werken, of doorwerken in de vakanties blijkt in strijd met de Wet Onderscheid Arbeidsduur. Ik begrijp echter de wens van de PVV en ondersteun de gedachte achter een voltijdbonus. Zoals toegezegd tijdens het AO Arbeidsmarkt op 12 november ga ik het College voor de Rechten van de Mens vragen welke

juridische mogelijkheden er zijn voor een dergelijke maatregel.

De individuele keuze om meer uren te werken hangt met meer samen dan beloning alleen. Ik richt me daarom ook op andere factoren die van invloed zijn op de keuze om wel of niet meer uren te werken: roostering en flexibiliteit.

Zo ondersteun ik de aanpak van de stichting Het Potentieel Pakken. De stichting helpt zorgorganisaties om de deeltijdfactor te verhogen. Een voorbeeld daarvan is de introductie van het gebruik van de "roosterbooster". Daarmee kun je zien hoe je rooster eruit komt te zien als je meer uren gaat werken. Voor zorgorganisaties is een "value case" ontwikkeld waarmee inzichtelijk gemaakt wordt hoe grotere contracten ook organisaties verder kunnen helpen.

Het beeld bestaat dat meer uren werken kan leiden tot een vermindering van het inkomen. Hoewel een verlies aan toeslagen een gevolg kan zijn van meer uren werken, levert meer uren werken uiteindelijk ook meer inkomen op. Daarom is een ander voorbeeld van de aanpak de "deeltijdberekenaar". Deze wordt naar verwachting in februari 2021 gelanceerd. Hiermee kan je zien hoeveel meer uren werken oplevert aan salaris. Er is veel belangstelling bij zorgorganisaties voor deze aanpak. De ambitie is om die ondersteuning aan zorgorganisaties flink uit te breiden naar ongeveer 50 organisaties. Zo kan er ook echt impact op de werkvloer worden gemaakt. Daarnaast worden instrumenten en goede voorbeelden breed beschikbaar gemaakt, en kunnen zorgorganisaties leren over de aanpak via onder andere onlinebijeenkomsten. De webinars die al georganiseerd zijn door het Actieleernetwerk trekken veel belangstelling.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over groei voor ziekenhuizen.

De bestuurlijke afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord MSZ dienen om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Door de huidige coronacrisis besef ik des te meer hoe belangrijk die opgave is. Zoals ik in mijn brief van 2 december 2020 uiteen heb gezet, is op dit moment nog niet duidelijk wat de precieze gevolgen zullen zijn van de coronacrisis op de afspraken uit de brede sectorakkoorden. Mede daarom bestaat er op dit moment geen aanleiding om die bestuurlijke afspraken aan te passen. Daarbij is relevant dat er naast de bestuurlijke afspraken reeds extra maatregelen zijn genomen om de gevolgen van covid-19 op te vangen. Zo hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen afspraken gemaakt om de meerkosten van corona en de weggevallen inkomsten door afname van reguliere zorg te vergoeden. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn in gesprek over een (vangnet)regeling voor 2021. Daarnaast doet mijn ministerie een aantal zaken om ziekenhuizen te ondersteunen. Denk aan de subsidieregeling voor de opschaling van IC- en klinische bedden, de beademingsapparatuur en persoonlijke beschermingsmiddelen die VWS heeft aangeschaft en de bonusregeling voor zorgpersoneel. Voor de hele zorg gaat dit om miljarden. Deze regelingen en investeringen zijn nodig om ziekenhuizen in deze onzekere tijden te ondersteunen en het is goed dat iedereen hierin zijn verantwoordelijkheid neemt. Zoals ik hiervoor al aangaf is er geen reden om de reguliere afspraken open te breken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over wat het kabinet doet voor de salarissen van mensen die in de zorg werken.

Om een concurrerende salarisontwikkeling mogelijk te maken, stel ik jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling beschikbaar. Deze kabinetsperiode betreft dit bijna 5 miljard euro (in de periode 2018-2020). Voor 2021 gaat het – uitgaande van de huidige inzichten met betrekking tot ontwikkeling van de lonen en sociale lasten in de markt - om circa 1 miljard euro structureel. De beschikbare arbeidsvoorwaardenruimte vertaalt zich uiteindelijk in de cao's die in de sector worden afgesloten. De afgelopen jaren zijn de salarissen in de zorg meegestegen met de ontwikkeling in de markt en stegen zelfs veelal daar wat boven. Ook in de lopende cao's voor 2020 en 2021 liggen al behoorlijke cao-loonstijgingen vast, bijvoorbeeld in de cao's in de ziekenhuizen en ambulancezorg, waarin de lonen per 1 januari 2020 met 5% gestegen zijn en per 1 januari 2021 nog eens met 3% omhoog gaan. In de Verzorging Verpleging en Thuiszorg was sprake van een loonsverhoging van 3,5% per juni en komt daar volgend jaar juli nog eens 3% bij. Bovenop de reguliere loonstijgingen krijgen zorgmedewerkers van wie een uitzonderlijke inspanning wordt

gevraagd tijdens de COVID-crisis, als waardering een bonus. Hieraan zal in 2020 en 2021 tezamen zo'n 3 miljard euro besteed worden. Daarnaast heeft het kabinet de Sociaal- Economische Raad gevraagd om een verkenning uit te voeren gericht op knelpunten en kansen die bij kunnen dragen aan instroom, behoud, werkplezier en waardering in de brede zin van het woord. Ook als het gaat om arbeidsvoorwaarden, bijvoorbeeld over aanvangssalarissen en loopbaanperspectief. De verkenning moet voor 1 april 2021 zijn afgerond, zodat de uitkomsten betrokken kunnen worden bij de formatie van het volgend kabinet.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) of de ouderenzorg weer in één wet gaat worden geregeld in plaats van de huidige vier wetten.

De zorg en ondersteuning voor mensen met een aan het ouder worden gerelateerde zorgvraag is van groot belang en moet goed georganiseerd worden. Wetten mogen hieraan niet in de weg staan, maar het is niet zo dat de belangrijkste knelpunten zijn gelegen in het feit dat er niet één wet is. Er zijn altijd afbakeningsvraagstukken ook als er één wet voor de ouderenzorg is. Ik zie daarbij geen wettelijke belemmeringen om dat nu al te doen. Bovendien zou één wet voor de ouderenzorg nieuwe afbakeningsvraagstukken oproepen; ouderen kunnen bijvoorbeeld ook gehandicapt zijn. Ik geloof dan ook niet dat één wet de oplossing is.

Er zijn echter wel knelpunten in de ouderenzorg, zeker gegeven het feit van de grote toename van ouderen richting 2040. De commissie Bos heeft hiernaar gekeken en aanbevelingen gedaan. Een aantal aanbevelingen zijn opgepakt. Ik stuur uw Kamer voor de kerst een brief over de consultatie van een wetsvoorstel dat uitvoerders van de Wet langdurige zorg (Wlz-uitvoerders) in staat stelt om met gemeenten en zorgverzekeraars rechtmatig in initiatieven te investeren om zwaardere en duurder zorg te voorkomen. Hierbij gaat het ook om initiatieven waarbij kwetsbare ouderen langer thuis kunnen blijven. Daarnaast vraagt het om een bredere visie op de ouderenzorg. Ik heb in de afgelopen Algemene Overleggen over de Wet maatschappelijke ondersteuning en het programma Langer Thuis aangegeven dat ik werk aan een breed visietraject over de ouderenzorg richting 2040. Op basis van demografische, geografische en maatschappelijke ontwikkelingen rond zorg en ondersteuning van ouderen, wordt op dit moment gewerkt aan een dialoognotitie over de toekomst van de ouderenzorg 2020-2040, met een scala aan beleidsopties. Daarbij wordt niet alleen ingegaan op de ouderen thuis, maar ook op de verpleeghuiszorg. Deze dialoognotitie zal begin 2021 breed worden geconsulteerd en aangevuld, zodat het bij de formatie van een nieuw kabinet beschikbaar is.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het voorstel om één wet te maken voor levensbrede gehandicaptenzorg.

De zorg en ondersteuning voor mensen met een levensbrede zorgvraag is van groot belang en moet goed georganiseerd worden. Ik zie daarbij geen wettelijke belemmeringen om dat nu al te doen. Bovendien zou één wet voor levensbrede gehandicaptenzorg nieuwe problemen veroorzaken op grensvlakken met andere wet- en regelgeving. Ik geloof dan ook niet dat één wet de oplossing is.

Ik zie wel dat de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking of chronische ziekte in de praktijk nog niet altijd goed loopt, bij uitstek in het geval van complexe, domeinoverstijgende zorgvragen. Daarom wordt op veel manieren, samen met partners, ingezet op een verbetering van (de toegang tot) ondersteuning en zorg voor met name deze groep mensen. Voorbeelden zijn het project 'Samen werken aan een betere toegang sociaal domein' dat de Vereniging Nederlandse Gemeenten met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitvoert, de verbeteragenda hulpmiddelen en het stimuleren van de inzet van cliëntondersteuning. Bovendien zet ik samen met de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de minister en staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, de staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat, de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media in op verbetering van de positie van mensen met een beperking in de samenleving via het interdepartementale programma 'Onbeperkt meedoen!' en

werk ik aan de verbetering van de gehandicaptenzorg via het programma 'Volwaardig leven'.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over concrete acties om het werken in de zorg aantrekkelijker te maken.

Met het Actieprogramma Werken in de Zorg zet het kabinet er sinds 2018 op in dat meer mensen in de zorg willen gaan werken en willen blijven werken. Het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg heeft grote prioriteit. Op de vraag uit een uitstroomonderzoek onder zorgmedewerkers naar wat de reden is om van werkgever te veranderen, is het antwoord vaak: het gebrek aan loopbaanontwikkeling of uitdaging, of ontevredenheid met de manier van werken of de aansturing. Daarom zet het kabinet het actieprogramma Werken in de zorg voort en intensiveert het met een focus op drie doelstellingen: meer mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling, meer ruimte en tijd voor zorgprofessionals, meer zeggenschap. Voor de concrete acties verwijzen we naar de meest recente voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg (Kamerstukken 2020-2021, 29 282, nr. 416).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over de bereidheid van alle partijen om bij te dragen aan meer effectieve zorg.

Ja, partijen zijn hiertoe bereid. In het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019-2022 zijn concrete afspraken gemaakt over het bereiken van meer kennis over effectiviteit en uitkomsten van zorg. En dat deze kennis en uitkomsten daadwerkelijk in de praktijk ingezet worden. In de programma's Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en Uitkomstgerichte Zorg wordt door de partijen goed samengewerkt om dit te bereiken. Zo is het doel in het programma Uitkomstgerichte Zorg om van 50% van de ziektelast de uitkomsten in kaart te brengen. Daarnaast is er in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik een implementatieagenda opgesteld van onderwerpen die nu geïmplementeerd kunnen worden. Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen hebben op basis van deze implementatieagenda ook afspraken gemaakt over de inkoopcontracten voor 2021. Ik vind dat een goede ontwikkeling.

Ook in de ggz wordt hard gewerkt aan meer kennis over effectiviteit en hoe dit geïmplementeerd kan worden in de praktijk. Ik stuur u hierover op zeer korte termijn een plan van aanpak, zoals u de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft verzocht per motie.

Verder heb ik in mijn aanbiedingsbrief bij het advies Samenwerken aan passende zorg van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit aangegeven in gesprek te gaan met alle relevante partijen. Dat doe ik in het nieuwe jaar. Ik wil dan in gesprek gaan over de volgende stap naar implementatie van passende zorg en gepast gebruik en hoe eenieder vanuit zijn verantwoordelijkheid hieraan bij kan dragen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over het bekostigen op uitkomst in plaats van uren.

Zoals ik u op 1 december jongstleden per brief heb laten weten, zal ik uw Kamer rond de kerst een reactie over het onderwerp gepast gebruik sturen. Daarin zal ook het bekostigingsvraagstuk worden meegenomen. De genoemde richting om de bekostiging van zorg meer te baseren op uitkomsten is in lijn met de aanpak van het lopende programma Uitkomstgerichte Zorg 2018-2022 dat in samenwerking met de branche-organisaties in de medisch-specialistische zorg wordt uitgevoerd.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) met betrekking tot het beschikbaar zijn van een register voor iedere

medische handeling, hulpmiddel of geneesmiddel.

Registraties zijn onmisbaar voor professionals voor het continu verbeteren van zorg en om inzicht te krijgen in de zorg die het beste bijdraagt aan de uitkomst voor de patiënt. Ik vind dat we moeten streven naar registraties waarin de zorgvraag/aandoening centraal staat, waardoor artsen en patiënten inzicht hebben in het effect van een behandeling, een hulpmiddel en een geneesmiddel op de uitkomst van zorg. Tegelijk moeten we voorkomen dat professionals alleen maar aan het registreren zijn, omdat dit ten koste gaat van tijd die beschikbaar is voor het leveren van zorg aan de patiënt. Daarover hebben we afspraken gemaakt in het hoofdlijnenakkoord medische specialistische zorg. Partijen hebben een model voor de governance van kwaliteitsregistraties omarmd (rapport-Keuzenkamp). Met de uitvoering ervan is gestart. Onderdeel daarvan is dat wordt getoetst op nut en noodzaak van een registratie. Dus niet voor iedere behandeling, hulpmiddel en geneesmiddel, maar voor een zorgvraag/aandoening waarbij een registratie toegevoegde waarde heeft. Met het programma regie op registers dure geneesmiddelen draag ik daar ook aan bij. Dit project richt zich met name op duurdere geneesmiddelen aangezien het daar van grote meerwaarde is als de informatie uit de registers beter bruikbaar zal zijn voor samen beslissen, leren en verbeteren en gepast gebruik.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over hoe de slimme zorg wordt opgeschaald.

Mijn inzet is erop gericht om te zorgen dat digitale zorg een vast onderdeel wordt en blijft van de reguliere zorg. Dat vereist aanpassing van zorg- en werkprocessen en is niet zonder meer in de ene situatie hetzelfde als in de andere. Tegelijkertijd is mijn inzet er ook op gericht dat zorgaanbieders daarin zoveel mogelijk van elkaar leren, om te voorkomen dat op verschillende plekken het wiel opnieuw wordt uitgevonden. Dit speelt zowel in de cure als in de care. Maandag 30 november jl. heeft uw Kamer een brief ontvangen (Kamerstukken II, 2020/2021, 2020Z23324) waarin dieper wordt ingegaan op de acties die nu worden ingezet op het gebied van opschaling, zoals de Versnellingsimpuls. VWS, zorgverzekeraars, ZiNL en NZa onderzoeken gezamenlijk hoe we elkaar en het zorgveld kunnen versterken in het versneld opschalen en landelijk dekkend maken van bewezen effectieve, nieuwe vormen van zorg. Niet als tijdelijke crisisoplossing, maar als onderdeel van standaardzorg voor de toekomst.

Er loopt extern onderzoek naar bewezen tijdsbesparende technologieën om de ouderenzorg (intra- en extramuraal) die snel opschaalbaar is, in kaart te brengen. Het betreft technologie die zorgprocessen ondersteunt, faciliteert, slimmer maakt en daarmee zorgt voor tijdsbesparing bij de zorgverlening. Daarbij is het van belang om mee te nemen of deze technologie de zorg en de kwaliteit van leven verhoogt. De uitkomsten van het onderzoek neem ik mee in mijn gesprekken met zorgkantoren en zorgaanbieders over technologische innovatie. De resultaten worden begin 2021 opgeleverd.

In het eerste kwartaal van 2021 stuur ik uw Kamer aanvullend een brief over de brede inventarisatie ten aanzien van het opschalen van initiatieven op het gebied van anders werken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over de stand van zaken van de wet elektronische gegevensuitwisseling en de persoonlijke gezondheidsomgevingen.

Op dit moment ligt het wetsvoorstel gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) voor advies bij de Raad van State. Mijn streven is om het wetsvoorstel voor het verkiezingsreces naar uw Kamer te sturen, hoewel dit afhankelijk is van wanneer ik het advies van de Raad van State ontvang en de benodigde tijd voor verwerking van het advies. Voor het kerstreces informeer ik uw Kamer over de prioriteiten op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling voor de resterende kabinetsperiode.

Bij de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) is de afgelopen jaren hard gewerkt aan het

MedMij-afsprakenstelsel, zodat het uitwisselen van gegevens veilig gebeurt. Er zijn inmiddels 30 leveranciers van PGO's die het MedMij-label hebben behaald. Ik stimuleer aan de andere kant (met de zogeheten VIPP-regelingen) instellingen en zorgverleners om informatie richting PGO's te ontsluiten en ook het MedMij-label te halen. Mede als gevolg van de Covid-19 crisis is hier in 2020 enige vertraging opgetreden. Ik verwacht dat de uitwisseling in 2021 op gang gaat komen. Zo zullen de huisartsinformatiesystemen begin 2021 klaar zijn en zullen de eerste huisartsen in Nederland hun patiënten de mogelijkheid bieden om met een zelfgekozen PGO-gegevens te verzamelen. Recent is de gebruikersregeling voor PGO's verlengd, zodat ook in 2021 de kosten van het gebruik kunnen worden gedekt. Binnenkort stuur ik een brief aan uw Kamer waar ik uitgebreider in ga op de stand van zaken rond de PGO's en de toekomstige financiering ervan.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over hetgeen verpleeghuisbewoners in hun eigen leven tot nu toe gemerkt van de investering. Wat hebben zij er concreet aan gehad de afgelopen jaren? Wat voor concrete resultaten zijn er geboekt met deze investering en waar is het terechtgekomen?

Via de vierde voortgangsrapportage van het programma 'Thuis in het Verpleeghuis' (Kamerstukken 2019/2020, 31 765, nr. 494) heb ik de Tweede Kamer in juni geïnformeerd over de concrete resultaten die met de extra middelen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg zijn bereikt en wat de bewoners daarvan in hun eigen leven hebben gemerkt. Ik geef hierna enkele voorbeelden van deze resultaten.

Door de inzet van de extra middelen voor het kwaliteitskader vanaf 2017 zijn er eind 2019 36.000 extra werknemers bijgekomen in de verpleeghuizen. Uit de meest recente cijfers sinds de vierde voortgangsrapportage blijkt dat het aantal extra werknemers in de eerste helft van 2020 verder is toegenomen tot 48.000. Dat betekent dat er inmiddels gemiddeld bijna twintig extra werknemers kunnen worden ingezet per verpleeghuislocatie. Verpleeghuizen kunnen hierdoor extra ondersteuning inzetten op de woongroepen en de bewoners meer tijd en aandacht geven. Het voorgaande weerspiegelt zich ook in een toenemende waardering van de verpleeghuiszorg door de bewoners en hun naasten. Zorgkaart Nederland laat zien dat de gemiddelde cliënttevredenheidsscore in 2020 (eerste kwartaal) verder is gestegen naar een 8,4 (in 2017 was het 7,9), dit was voor de covid-19 pandemie.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) of zorgkantoren zelf een kwaliteitsvisie hebben. En of zorgkantoren het geld inzetten op de plekken waar dat nodig is en ze goed hun inkopen kunnen doen?

Zorgkantoren hebben een zorgplicht en sturen met hun zorginkoopbeleid op de inkoop van goede zorg en de aanwezigheid van voldoende capaciteit in de regio. Zoals aangegeven in het zorginkoopbeleid (<https://www.zn.nl/publicaties?folderid=339214376&title=Inkoopkader%2Blangdurige%2Bzorg>) sluiten de zorgkantoren met hun visie op kwaliteit aan bij het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Zij doen hun inkoop dan ook op basis van kwaliteitsplannen van zorgaanbieders. Hiermee sturen de zorgkantoren op een goede besteding van de middelen en kan recht gedaan worden aan de tempoverschillen waarmee individuele zorgaanbieders toegroeien naar het kwaliteitskader.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over hoe we ervoor zorgen dat de extra middelen van 2,1 miljard na de landing in de integrale tarieven per 2022 ook echt aan de doelen van het kwaliteitskader wordt besteed. Hoe voorkomen we dat we straks 2,1 miljard in de sector hebben gepompt zonder dat dit aan de juiste dingen besteed is en besteed gaat worden?

De zorgkantoren zullen ook in 2022 blijven sturen op de doelen van het kwaliteitskader. Het kwaliteitsbudget gaat dan over naar het integrale tarief, maar zorgkantoren behouden daarbij de mogelijkheid om te differentiëren in de tarieven en verbeterafspraken te maken op basis van kwaliteitsplannen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over het toezeggen van het omarmen en uitrollen van het 5-puntenplan van de ANBO, Actiz en Knarrenhof.

Hierbij krijgt u een korte reactie per punt van het 5-puntenplan.

Met betrekking tot het eerste punt, is een visie op de vergrijzing onderdeel van de dialoognota ouderenzorg die begin 2021 met het veld wordt geconsulteerd. Met betrekking tot punt twee en vijf: bindende afspraken over bouwen vraagt een wetswijziging. De diversiteit die nodig is in de soorten woningen die specifiek geschikt zijn voor senioren en het daarmee samenhangende maatwerk, maakt het onwenselijk vanuit de landelijke overheid verplichtingen per wet op te leggen.

Verder spreekt de Taskforce Wonen en Zorg, gemeenten aan en ondersteunt hen bestuurlijk bij het maken van een woonzorganalyse en woonzorgvisie, zodat elke gemeente er een heeft in de zomer van 2021.

Met betrekking tot het derde punt, vind ik de relatie tussen welzijn, wonen en zorgkosten een erg breed onderwerp voor een gedegen onderzoek. Zowel de maatschappelijke kosten als de baten van zowel welzijn als wonen is van zoveel factoren afhankelijk dat het buitengewoon lastig is dit in harde cijfers weer te geven. In de onderzoeksactiviteiten die ik financier ligt de focus daarom op praktische kennis.

Met betrekking tot het vierde punt, wordt met de werkzaamheden van de Taskforce gestimuleerd dat er woonzorgvisies worden gemaakt. Daarmee wordt de verbinding tussen wonen, welzijn en zorg gelegd en bevorderd.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over het in kaart brengen van lokale woonzorganalyses en het afsluiten van een bestuurlijk akkoord wonen en zorg

Het is de ambitie van de Taskforce Wonen en Zorg dat in elke gemeente voor de zomer van 2021 een (lokale) woonzorganalyse en een woonzorgvisie is gemaakt. Veel gemeenten moeten dus nog stevig aan de slag. Om dit proces richting te geven en de maatschappelijk urgentie te vergroten werk ik met Actiz, Aedes, Zorgverzekeraars Nederland en de VNG (landelijke) aan bestuurlijke afspraken over de opgave met betrekking tot zelfstandig wonen en de verpleeghuiszorg.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over het gebruik van buitenlandse zorgdata.

Ik onderstreep het door de VVD-fractie aangedragen belang dat er meer data beschikbaar moeten komen voor onderzoek en innovatie. Bovendien onderschrijf ik dat het niet wenselijk is dat onze onderzoekers en innovatoren moeten terugvallen op buitenlandse data die niet altijd voldoende representatief zijn. Tegelijkertijd moet er natuurlijk wel aandacht zijn voor bijvoorbeeld de bescherming van de privacy van de mensen over wie het gaat.

Ik ben bereid om te verkennen of er wettelijke of beleidsmatige aanpassingen behulpzaam kunnen zijn om het hergebruik van gegevens voor gezondheidsdoelen te vergroten en tegelijkertijd de privacy te borgen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over de afweging tussen het onderzoeksbelang en de privacy van de patiënt in relatie tot kunstmatige intelligentie.

Deze vraag van de VVD-fractie hangt samen met de vraag naar het gebruik van secundaire data. Ik zal in de verkenning naar het gebruik van secundaire data voor onderzoek meenemen op welke wijze de onderzoeksbelangen en privacybelangen proportioneel kunnen worden afgewogen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over de uitvoering van de acties uit het Nationaal Preventieakkoord.

Op 20 juni van dit jaar heeft de staatssecretaris van VWS de eerste voortgangsrapportage over het Nationaal Preventieakkoord van het RIVM aan uw Kamer gestuurd¹. Het RIVM heeft de voortgang van de meer dan 200 maatregelen uit het Nationaal Preventieakkoord gemonitord. In de rapportage is de voortgang in 2019 op de meetbare (kwantitatieve) doelen en resultaten themagewijs in beeld gebracht. De rapportage laat de groei zien van de beweging die in gang is gezet. Het eerste jaar van het Nationaal Preventieakkoord (2019) was een opstartjaar. Een deel van de afspraken betreft acties waarmee partijen al aan de slag waren, en die voortgezet of uitgebreid zijn. Veel acties waren nieuw. In 2019 was een klein deel van de acties nog niet opgestart. Er is over alle acties contact met partijen. Er zijn geen signalen dat acties uit het akkoord komen te vervallen. De rapportage toont aan dat de partijen bij het Nationaal Preventieakkoord serieus werk maken van de uitvoering. Afgelopen maandag heeft uw Kamer een tussentijdse schriftelijke update ontvangen over het Nationaal Preventieakkoord². De gevolgen van COVID-19 zijn van invloed op de prioriteiten van veel partijen voor de korte termijn. Desondanks blijkt ook dat door COVID-19 veel partijen juist extra gemotiveerd zijn om de problematiek rond overgewicht, roken en problematisch alcoholgebruik aan te pakken. Medio 2021 ontvangt de Kamer de tweede voortgangsrapportage.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over de lange termijn visie op een veranderende samenleving met veel meer ouderen en de uitdagingen daarbij.

Ik heb in de afgelopen Algemene Overleggen over de Wmo en het programma Langer Thuis aangegeven dat ik werk aan een breed visietraject over de ouderenzorg richting 2040. Op basis van demografische, geografische en maatschappelijke ontwikkelingen rond zorg en ondersteuning van ouderen wordt op dit moment gewerkt aan een dialoognotitie over de toekomst van de ouderenzorg 2020-2040, met een scala aan beleidsopties. Daarbij wordt niet alleen ingegaan op de ouderen thuis maar ook op de verpleeghuiszorg. Deze dialoognotitie zal begin 2021 breed worden geconsulteerd en aangevuld, zodat het bij de formatie van een nieuw kabinet beschikbaar is.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over de resultaten van het experiment persoonsvolgende zorg en de wetwijziging die implementatie hiervan mogelijk moet maken.

In de eindevaluatie van het experiment persoonsvolgende zorg is vastgesteld dat cliënten ermee geholpen zijn als cliëntondersteuning op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) ingezet kan worden voorafgaand aan het indicatiebesluit. Uw Kamer wordt nog voor het einde van dit jaar geïnformeerd over de stand van zaken van het in voorbereiding zijnde wetsvoorstel domeinoverstijgende samenwerking, waarin de wijziging om cliëntondersteuning op grond van de Wlz eerder mogelijk te maken wordt opgenomen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over mantelzorg.

Ik heb een landelijke aanpak Samen sterk voor mantelzorg opgesteld met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, MantelzorgNL, Zorgverzekeraars Nederland en VNO/NCW. In de landelijke aanpak gaan we uit van acht basisgebieden waar mantelzorgers mogelijk ondersteuning

¹ Kamerstuk 32793, nr. 484

² Kamerstuk 32793, nr. 510

op wensen, te weten: informatie, educatie, emotionele ondersteuning, advies & begeleiding, respijtzorg, financiële ondersteuning, praktische hulp en materiele hulp. Een ondersteuningsteam, dat reeds gestart is, helpt gemeenten op eigen verzoek om beter handen en voeten te geven aan het lokale mantelzorgbeleid en rekening te houden met deze acht basisgebieden voor ondersteuning. Voor mantelzorgers zelf is een landelijke campagne gestart: #deeljezorg. Deze campagne stimuleert hen om de zorgtaken te delen met naasten en/of met professionals.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over de mogelijkheden die digitalisering biedt om de wachtlijsten in de ggz te bekorten.

De ggz-sector is voortdurend in beweging. Er wordt continu gezocht naar betere behandel mogelijkheden, meer kennis en expertise en betere kwaliteit van leven voor patiënten. Digitalisering is daarvan een goed voorbeeld. Digitalisering kan bijdragen aan een oplossing voor een aantal langlopende knelpunten in de ggz, zoals lange wachtlijsten, personeelstekorten en problematiek in de ketensamenwerking. In de ggz wordt al ingezet op slimme zorg. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan anonieme e-mental health, zorgrobots, serious gaming voor zelfregistratie van symptomen en virtual reality om angststoornissen te behandelen.

Om bijvoorbeeld wachttijden te overbruggen, maakt het merendeel van de instellingen gebruik van e-health. Als de behandeling dan eenmaal start, kan dit soms in combinatie met gesprekken met een behandelaar worden aangeboden. De NZa stimuleert de inzet van digitale consulten al door deze te declarabel te laten zijn, als vervanging van een fysiek consult. Van belang is dat we de voordelen van digitale zorg in de ggz benutten en er op doorontwikkelen. Tegelijkertijd is van belang dat cliënt en zorgverlener samen beslissen over wat de gewenste manier van zorg verlenen is, fysiek of digitaal of een mengvorm van beide.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over een totaalvisie op de GGZ.

Ik ben bezig met een visie op het zorglandschap GGZ. Het is mijn voornemen deze visie begin 2021 aan uw Kamer te versturen. Daarnaast loopt natuurlijk nog het hoofdlijnenakkoord. We zijn druk bezig met de uitvoering daarvan en blijven dit ook doen. Met de visie beoog ik verder te kijken dan de horizon van het hoofdlijnenakkoord. De visie zal ik opstellen vanuit mijn eigen zienswijze, het wordt dan ook mijn visie, maar uiteraard voer ik daarover zeer veel gesprekken met diverse partijen. Ik heb daarover ook gesproken met Zorgverzekeraars Nederland en met de Nederlandse GGZ, en heb kennisgenomen van hun visies. De visie die ik aan uw Kamer zal sturen, zal vervolgens breed worden geconsulteerd.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over gemiste ggz-zorg.

De behandelingen in de ggz zijn gedurende de coronacrisis zoveel mogelijk doorgedaan, zij het soms in een andere vorm. De NZa houdt bij hoe de verwijzingen naar de ggz zich ontwikkelen. Gedurende de eerste fase van de coronacrisis was te zien dat het aantal verwijzingen naar de ggz fors terugliep (tot zo'n 78.000 minder dan verwacht). Ik vind het belangrijk u te zeggen dat het aantal verwijzingen inmiddels weer op het niveau van 2019 is; bij jongeren is er een toename in het aantal verwijzingen te zien, bij 65-plussers lijkt het aantal iets lager te liggen dan in 2019. De partijen in de ggz zijn met veel energie aan de slag om mensen zo snel mogelijk goede zorg te verlenen. Daar waar digitale behandeling helpend is, nemen zij dat mee. In de ggz-coronarichtlijn is daarbij uitgangspunt dat dit zoveel mogelijk in overleg met de cliënt moet gebeuren.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Veldman (VVD) over het declarabele tijd kunnen schrijven door de

psychodiagnostisch werkende aan het eind van het jaar.

Goede diagnostiek is een essentieel onderdeel van goede zorg. Een psychodiagnostisch werkende kan daarin een belangrijke rol spelen.

Psychodiagnostisch werkenden kunnen op dit moment al declarabele tijd schrijven als de zorgaanbieder en zorgverzekeraar daar met elkaar afspraken over maken. Dat kan sinds december 2019 in het kader van het zogenaamde 'bekostigingsexperiment aanvullende beroepen'. Er wordt nog geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid.

Buiten dit experiment is het voor de psychodiagnostische werkende nog niet mogelijk om declarabele tijd te schrijven. Ook volgend jaar niet. Wel kunnen zorgaanbieders en verzekeraars andere afspraken maken over de vergoeding van de inzet van psychodiagnostisch werkenden.

Daarnaast wordt nog dit jaar de lijst vastgesteld van beroepen die in de nieuwe ggz-bekostiging, die per 2022 ingaat, declarabele consulten zullen kunnen registreren. De psychodiagnostisch werkende staat op de consultatieversie van deze lijst. Uit de consultatie zijn geen bezwaren naar voren gekomen tegen opname van de psychodiagnostisch werkende op de lijst. De lijst wordt naar verwachting volgende week bestuurlijk vastgesteld in de bestuurlijke commissie van het programma Zorgprestatiemodel van partijen en de NZa en daarna gepubliceerd op www.zorgprestatiemodel.nl.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over wat de overheid concreet doet om het combineren van werk en mantelzorg te vergemakkelijken, en welke extra concrete stappen gezet gaan worden.

De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en ik ondersteunen werkende mantelzorgers door het gesprek op de werkvloer over het combineren van werk en mantelzorg te stimuleren via het programma 'Werk en Mantelzorg.' Naast aandacht voor verlofregelingen wordt aandacht besteed aan bewustwording, best practices, instrumenten en kennisdeling voor werkgevers, leidinggevenden en collega's om werk en mantelzorg bespreekbaar te maken op het werk en tot maatwerkoplossingen te komen. Daarnaast komt de Sociaal-Economische Raad (SER) op mijn verzoek begin 2021 met een advies over werk en mantelzorg. Mede op basis van het SER-advies zullen VNO-NCW en MKB-Nederland komen met een actieagenda werk en mantelzorg. Er zijn mij geen belemmeringen bekend in wet- en regelgeving. De praktijk laat zien dat de wet voldoende verlofmogelijkheden biedt, maar dat daar in de praktijk weinig gebruik van wordt gemaakt. Mantelzorgers geven aan dat een flexibele houding op de werkvloer een passende oplossing kan zijn om hen te ontlasten.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over monitoren van beleid rond e-health.

Ik heb het RIVM de opdracht gegeven om een nieuwe e-healthmonitor op te stellen. Nog voor het einde van het jaar ontvangt uw Kamer de opzet van dit plan samen met een factsheet met de beschikbare cijfers over e-health op basis van openbare bronnen, zoals het CBS.

Onderdeel van de opdracht aan het RIVM om te komen tot een nieuwe E-health-monitor is ook een advies over nieuwe doelstellingen. Het RIVM zal daarbij input vanuit het veld ophalen, bij patiënten, aanbieders, verzekeraars en leveranciers van digitale technieken. Het RIVM zal daarbij ook de adviezen van de Rekenkamer betrekken als het advies van de RVS zoals geformuleerd in het advies *Zorg op afstand dichterbij?*

Ik verwacht uw Kamer in het eerste kwartaal van 2021 dit advies te kunnen sturen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over het in kaart brengen van het gebruik van verschillende soorten verlof, en het gebruik daarvan door mantelzorgers en deeltijdwerkers.

Het kabinet heeft in 2019 Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) laten uitvoeren naar deeltijdwerk. Dit onderzoek heeft een waardevol rapport opgeleverd. Het IBO geeft een helder overzicht van de voor- en nadelen die gepaard gaan met deeltijdwerk, zowel op het niveau van individuen en huishoudens, als op maatschappelijk niveau. Daarin is ook aandacht besteed aan het gebruik en het effect van de verschillende verlofvormen. Het rapport, met een kabinetsreactie, heeft uw Kamer op 29 april van dit jaar ontvangen (Kamerstukken 2019/2020, 29 544, nr. 1006). Specifiek met betrekking tot werk en mantelzorg heeft het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) in 2019 onderzoek gedaan, met daarin ook het gebruik van de verschillende zorgverlofvormen door mantelzorgers. Het SCP constateert dat mantelzorgers betrekkelijk weinig gebruik maken van zorgverlof: kortdurend zorgverlof (10%) en langdurig zorgverlof (6%). Het gaat hierbij om de werkelijke gebruikscijfers op basis van zowel formele als informele afspraken over verlof. Het beperkte gebruik van zorgverlof verklaart het SCP door het feit dat mantelzorgers aangeven geen behoefte te hebben aan zorgverlof maar dat flexibiliteit op de werkvloer (bijv. flexibele werktijden tijdens pieken van mantelzorgtaken) hen beter ondersteunt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over wat de regierol van de minister voor Sport is om het plan van de gemeente Rotterdam – om sport voor mensen met een beperking toegankelijk te maken met een speciaal sportcentrum- uit te rollen bij andere gemeenten.

Inclusief sporten is een belangrijke pijler in het Sportakkoord. Het is bemoedigend om te horen dat Rotterdam dit op deze manier oppakt. Ik heb kennisgenomen van het voorstel. Ook heb ik begrepen dat er eerst onderzoek wordt gedaan in Rotterdam. Graag kijk ik of de uitkomsten van dat onderzoek breder in andere gemeenten kan worden ingezet.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over het implementeren van slimme zorg samen met ouderen en mensen met een beperking.

Voor het antwoord op de vraag wat ik doe om succesvolle initiatieven op te schalen, verwijs ik naar het antwoord wat ik op een vergelijkbare vraag van de heer Veldman (VVD) heb gegeven.

Het betrekken van cliënten en patiënten bij innovatie is essentieel voor de juiste implementatie. De behoefte van hen moet het startpunt zijn voor innovatie. Daarom benadruk ik dit punt ook altijd in onze communicatie over innovatie, onder andere vanuit Zorg van Nu en Zorg voor Innoveren. Wij betrekken zelf ook patiëntenverenigingen en zorgmedewerkers. Ook ondersteunen wij de Vliegwielen coalitie. Deze coalitie ontwikkelt praktische tools voor de implementatie en organisatie van digitale zorg. Het meenemen van cliënten en zorgmedewerkers is ook een belangrijk aspect van de stimuleringsregelingen die er lopen vanuit VWS, zoals de innovatie-impuls in de gehandicaptenzorg, de SET-regeling en de Challenge Verpleeghuiszorg. In de innovatie-impuls is een van de meest belangrijke lessen dat dat het zorginhoudelijk vraagstuk van de cliënt het startpunt moet zijn. In opschalen dreigt dit juist snel vergeten te worden terwijl dit essentieel is.

De aandacht voor de vaardigheden bij o.a. zorgmedewerkers en patiënten/cliënten is hierbij ook een belangrijk aspect. Daarom financieren wij projecten van Pharos die met zorgorganisaties actie onderneemt om de gebruiker centraal te stellen, bijvoorbeeld bij patiëntenportalen en e-health.

In het eerste kwartaal van 2021 stuur ik uw Kamer aanvullend een brief over de brede inventarisatie ten aanzien van het opschalen van initiatieven op het gebied van anders werken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over de vijfminutenregistratie en [Ont]Regel de Zorg.

In de eerstvolgende voortgangsrapportage van het programma [Ont]Regel de Zorg, die uw Kamer op korte termijn tegemoet kan zien, ga ik in op de resultaten van het programma, die overigens niet beperkt blijven tot uitsluitend pilots, en de inzet voor de komende periode.

Specifiek ten aanzien van de minutenregistratie in de wijkverpleging heeft de minister van VWS de Kamer recent geïnformeerd over de extra stappen om de regeldruk als gevolg van het gebruik daarvan uit de wereld te helpen (Kamerstukken 2020/21, 23235, nr. 215). Korthedshalve verwijst ik naar die brief.

Ten aanzien van de motie over de versoepeling van de administratieve lasten in de langdurige zorg van de leden Laan-Geselschap (VVD) en Bergkamp (D66) kan ik u melden dat ik met alle betrokken veldpartijen doorlopend in gesprek ben over maatregelen om de administratieve lasten verder terug te dringen en in dat gesprek ook in verband met de coronacrisis tijdelijk ingevoerde versoepelingen betrek. Ik moedig partijen aan om waar mogelijk die versoepelingen permanent te maken.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Laan-Geselschap (VVD) over de invoering van het PGB2.0-systeem en het verzoek de Kamer iedere drie maanden te informeren over de stand van zaken.

Na de overdracht van het PGB2.0-systeem van DSW naar VWS werd helder dat er extra technische aanpassingen noodzakelijk waren zodat het systeem ingevoerd kan worden bij meer zorgkantoren en gemeenten. Inmiddels is een aanzienlijk deel van deze technische aanpassingen gerealiseerd en ligt er een stevige basis voor de verdere functionele doorontwikkeling (op basis van het in 2018 vastgestelde programma van eisen dat daarna nagenoeg niet meer is gewijzigd) en invoering van het systeem. We zien het resultaat van deze aanpassingen terug in het soepele verloop van de recente aansluitingen. We zien ook het resultaat van de functionaliteiten die reeds zijn doorgevoerd in de tevredenheid van de 7.300 budgethouders die al gebruik maken van PGB2.0: ruim 70% geeft een 8 of hoger voor het nieuwe portaal. Vlak voor de zomer heb ik u geïnformeerd over de invoering van het systeem en welke stappen we hierbij gaan zetten. Op dit moment worden de voorbereidingen getroffen voor het aansluiten van drie zorgkantoren van Zilveren Kruis Achmea in april 2021. Begin 2021 starten de voorbereidingen voor de aansluiting van andere zorgkantoren in de zomer. In de eerste helft van 2021 worden er in totaal rond de 9000 budgethouders aangesloten. Er ligt nu een stevig fundament en de succesvolle ervaringen van de afgelopen periode geven vertrouwen in een voorspoedige invoering van PGB2.0. De invoering loopt door tot in 2022. Ik informeer de Tweede Kamer twee keer per jaar over de voortgang van het PGB2.0. Deze frequentie is passend bij de voortgang van de ontwikkeling en invoering van het systeem.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over de mogelijkheid om meer hergebruik van van beschermingsmiddelen in de zorg te stimuleren.

Tijdens de crisis hebben we om ernstige tekorten van beschermingsmiddelen tegen te gaan, tijdelijk ook gebruik gemaakt van bepaalde technieken om beschermingsmiddelen te hergebruiken.

Bij het gebruik van beschermingsmiddelen moet de patiëntveiligheid voorop staan. Het hergebruik brengt ook bepaalde risico's met zich mee. Inmiddels zijn er geen tekorten van beschermingsmiddelen in de zorg meer. Zolang er geen tekorten zijn, heeft het hergebruik van beschermingsmiddelen in de zorg dan ook niet mijn directe voorkeur, gezien deze risico's.

Ik vind het belangrijker erop in te zetten dat toekomstige tekorten van beschermingsmiddelen in de zorg worden voorkomen. Ik bereid me daarom onder andere voor op de inrichting van een noodvoorraad in de zorg en de mogelijkheden om productie naar Nederland te halen.

Wel kijk ik naar de mogelijkheden om hergebruik van andere wegwerpmaterialen in de zorg mogelijk te maken. Zo legt NEN momenteel de laatste hand aan een leidraad 'Duurzame medische hulpmiddelen: disposables en reusables'. De leidraad is geschreven en bedoeld voor alle mogelijk belanghebbende partijen in de keten van medische hulpmiddelen, van fabrikant/leverancier, tot aan de eindgebruiker. Doel is om hergebruik van zowel wegwerp- als herbruikbare materialen veilig mogelijk te maken.

Daarnaast stimuleer ik via een gerichte "Small Business Innovation Research (SBIR)" competitie bedrijven in Nederland om met nieuwe innovatie oplossingen te komen voor herbruikbare producten of duurzame of recyclebare alternatieven. Op dit moment loopt er een uitvraag voor isolatiejassen. Binnenkort zullen we dat ook doen voor mondkmaskers.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het opnemen van de zorgvisie van GroenLinks in de Contourennota.

Ik ben van mening dat we per onderdeel van de zorg de beste balans moeten vinden tussen publieke randvoorwaarden enerzijds en juiste prikkels voor zorgaanbieders en keuzevrijheid voor patiënten anderzijds. Ik zie met name ruimte voor verbetering in samenwerking tussen zorginstellingen, samenwerking over domeinen heen en in de regio. Over twee weken start ik een brede veldconsultatie over de discussienota 'Zorg voor de Toekomst'. Deze nota bevat uiteenlopende beleidsopties om zorg ook in de toekomst goed te kunnen blijven organiseren. De nota spreekt zich niet uit over de politieke wenselijkheid van beleidsopties, maar heeft als doel om het gesprek met zorgpartijen en andere belanghebbenden te faciliteren. De reacties op deze discussienota gebruiken we om de Contourennota verder uit te werken. We zijn voornemens de Contourennota in het eerste kwartaal van 2021 naar de Tweede Kamer te sturen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over zeggenschap van zorgprofessionals in relatie tot het initiatiefwetsvoorstel van Groenlinks en de VVD.

Ik heb kennisgenomen van het initiatiefwetsvoorstel van Groenlinks en de VVD. Ik las dat een extra bepaling in de Wkkgz wordt voorgesteld waarbij zorgaanbieders ervoor moeten zorgen dat zorgverleners invloed hebben op het primaire proces van zorgverlening en zorginhoudelijk beleid van organisaties. Ik ondersteun de gedachte die hieraan ten grondslag ligt: namelijk zorgen voor meer zeggenschap van zorgverleners. Ik heb daarom een verkenner, in de persoon van SER-kroonlid Nicolette van Gestel, aangesteld. Zij is op dit moment met verpleegkundigen, vertegenwoordigers van werkgevers, werknemers en de beroepsvereniging in gesprek of zij voldoende eigenaarschap voelen om zeggenschap verder vorm te geven.

Ik verwacht in de tweede helft van december de resultaten van de verkenning naar aanleiding van het advies van Bianca Buurman en ik streef ernaar uw Kamer hierover dit jaar nog te informeren. Dan wordt ook duidelijk hoe de verkenning zich tot het initiatiefwetsvoorstel verhoudt. Ik hoop in januari 2021 uw Kamer te informeren over de vervolgstappen en of een wet naar mijn idee het meest wenselijke instrument is om de benodigde cultuurverandering tot stand te brengen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) op bovenstaande vraag:

Het aanvraagloket voor de bonusregeling is medio november gesloten en de aanvragen worden momenteel geanalyseerd en verwerkt. Zorgprofessionals die tussen 1 maart en 1 september 2020 een bijzondere prestatie hebben geleverd komen in aanmerking voor een bonus. Conform de motie Van Kooten-Arissen ziet de bonus op twee doelgroepen: (1) zorgprofessionals die zich hebben

ingezet voor patiënten en cliënten met COVID-19 (bijvoorbeeld door te verzorgen, verplegen, behandelen, begeleiden of triage te verlenen); (2) zorgprofessionals die hebben bijgedragen aan de strijd tegen COVID-19 (bijvoorbeeld door extra uren te werken, collega's te vervangen of preventieve taken uit te voeren om het risico op verspreiding te verkleinen). Dan kan het dus ook gaan om ondersteunend personeel.

Tot op heden is voor een bedrag van € 1,7 mld aan subsidies verstrekt en dat bedrag zal de komende weken verder oplopen. Op basis van de thans beoordeelde aanvragen kan ik nu al zeggen dat er breed is aangevraagd. Zó breed, dat er voor bijna iedere zorgprofessional in de sector zorg en welzijn een bonus is aangevraagd. Op basis van geanalyseerde aanvragen blijkt dat zorgaanbieders gemiddeld genomen voor ongeveer 85-90% van hun personeelsbestand een bonus hebben aangevraagd plus voor een groot aantal derden. Mijn beeld is dat ook ondersteunend personeel in deze aanvragen is meegenomen. In de volgende stand van zakenbrief over covid-19 zal ik hierop gedetailleerd in gaan.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het terugdraaien van de korting op de overheidsbijdrage voor de salarissen en het effect daarvan op de koopkracht.

De daling van 443 miljoen euro betreft het verschil in loon- en prijsbijstelling tussen de begroting 2020 en de begroting 2021. Dit betreft een ramingsbijstelling tussen de MEV 2020 naar de stand MEV 2021 en geen bezuiniging. De looncomponent van de ramingsbijstelling bedraagt 410 miljoen euro. Dat de loonbijstelling naar beneden is bijgesteld komt doordat de verwachte arbeidskostenontwikkeling in de markt voor 2021 door het CPB naar beneden is bijgesteld. Volgens de rekenregel van het convenant Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) betekent dit dat ook de OVA-ruimte voor 2021 naar beneden wordt bijgesteld. Er zijn ook minder middelen nodig om een marktconforme loonstijging mogelijk te maken. Via de OVA komt ook ruimte beschikbaar om de gemiddelde stijging van de pensioenpremie in de markt te dekken. Het pensioenfonds zorg en welzijn (PFZW) is voornemens om de pensioenpremie per 2021 met 1,5 procentpunt te laten stijgen. Dit is naar verwachting meer dan de gemiddelde pensioenpremie stijging in de markt. Doordat er vermoedelijk een groter deel van de beschikbare OVA naar pensioenlasten zal gaan, zal er binnen de OVA daardoor minder ruimte voor contractloonontwikkeling overblijven. Het gaat naar verwachting om circa 0,2% loonruimte. Dit is inherent aan de OVA-systematiek. Het ene jaar is er een meevaller door een beperktere lastenontwikkeling binnen de zorg, het andere jaar een tegenvaller. Desalniettemin blijft het grootste deel van de geraamde OVA-ruimte 2021 beschikbaar voor contractloonontwikkeling en is er dus ook voor 2021 ruimte voor extra salaris. Daarbij komt dat dit kabinet voor 2021 de lasten voor werkenden verlaagd ondermeer via verhoging van de arbeidskorting en verlaging van de belastingtarieven. Bij een gemiddelde reële loonontwikkeling van werkenden van circa 0% (inflatie is ongeveer gelijk aan loonontwikkeling), gaan werkenden er volgens de laatste CPB-raming in doorsnee toch 1,3% in koopkracht op vooruit. Kortom, ik stel ook voor 2021 marktconforme loonruimte beschikbaar en ondanks een pensioenpremiestijging kunnen zorgmedewerkers er in doorsnee in koopkracht op vooruit gaan.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over budget voor investeringen in duurzame energie, duurzaamheidseis in de zorginkoop en het opzetten van een revolving fund.

In mijn Kamerbrief 'duurzame zorg'³ van 7 juli 2020 heb ik de Kamer geïnformeerd over de kosten van de energietransitie in de zorg. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen rendabele investeringen en onrendabele investeringen. Zorgorganisaties krijgen de financiering en bekostiging van rendabele investeringen, zoals zonnepanelen, doorgaans rond. Soms met behulp van subsidieregelingen, zoals de regeling 'Stimulering Duurzame Energietransitie++'.

³ Kamerstukken II, 2019/2020, 32 813, nr. 557

Naast financiële investeringen is het vaak ook een investering van aandacht, kennis en tijd door een zorgorganisatie, en het bezien van de verduurzamingsopgave in het licht van de veranderende zorgomgeving. Ik ben daarom blij dat partijen als milieuplatformzorg en TNO (die samen het expertisecentrum verduurzaming Zorg uitvoeren), maar ook de brancheorganisaties, de zorgsector hierin ondersteunen.

Zorgverzekeraars en banken (die zich al steeds meer richten op duurzame investeringen in de zorg) hebben aangegeven de komende tijd met elkaar in gesprek te willen over de wijze waarop zij de verduurzamingsopgave van de zorg het beste kunnen faciliteren. Dit is de uitwerking van de ambitie die zij hebben uitgesproken met het ondertekenen van de Green Deal.

De bekostiging van onrendabele investeringen is door TNO samen met de zorgbranches in beeld gebracht. Op basis van de portefeuille routekaarten wordt deze investeringsopgave steeds scherper. Deze investeringsopgave zal moeten worden bezien in de grotere verduurzamingsopgave die Nederland kent waarbij het de vraag is waar de baten in termen van klimaatwinst het grootst is. Ik zie dit als een opdracht voor een volgend kabinet om hier over na te denken, evenals de vraag of een revolving fund bij de financiering van inenting er een rol zou kunnen spelen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het kamerlid Ellemeet (Groenlinks) of de minister bereid is om bij aanbestedingsprocedures voor medicijnen naast prijs ook criteria als duurzaamheid en productlocatie mee te nemen?

Het is belangrijk om te benadrukken dat in Nederland de overheid onder normale omstandigheden geneesmiddelen (met uitzondering van bijvoorbeeld vaccins voor het Rijksvaccinatieprogramma) niet inkoopt, dit ligt bij veldpartijen waaronder zorgverzekeraars, ziekenhuizen en apotheken. Ik deel dat dergelijke criteria mogelijk een rol kunnen spelen in het behalen van onder andere doelstellingen ten aanzien van leveringszekerheid. De haalbaarheid van het opnemen van deze criteria wil ik daarom op korte termijn bespreken met veldpartijen. Ik zal dit agenderen voor een van de rond-de-tafels leveringszekerheid die gepland staan voor het eerste kwartaal van 2021. Ook zal ik dit op Europees niveau bespreken met andere lidstaten in het kader van de farmaceutische strategie.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het maken van meetbare afspraken binnen de Green Deal.

De Green Deal geeft de verduurzamingsambities weer van organisaties die de Green Deal hebben getekend. Deze ambities zijn niet afdwingbaar. Het maken van meetbare afspraken past niet bij de (faciliterende) rol die het ministerie van VWS op zich heeft genomen. Omdat het nu niet goed mogelijk is om de effecten van de Green Deal te monitoren, wil ik de Green Deal als instrument in 2021 evalueren. Daarbij zal ik bezien of het mogelijk is te komen tot een periodieke monitor die zicht geeft op de inspanningen en de resultaten van de zorgsector op de vier in de Green Deal 2.0 genoemde thema's.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Renkema (GL) over het continueren van landelijke financiering van het programma "Nu niet zwanger".

Er is inderdaad veel enthousiasme over Nu Niet Zwanger (NNZ). De landelijke uitrol van Nu Niet Zwanger, als onderdeel van het actieprogramma Kansrijke Start, verloopt dan ook voorspoedig. In meer dan 130 gemeenten is NNZ op dit moment al beschikbaar. Het uiteindelijke doel is landelijke beschikbaarheid van NNZ. Inzet van NNZ is het voorkómen van onbedoelde en ongeplande zwangerschappen bij zeer kwetsbare vrouwen én mannen die op dat moment geen kinderwens hebben. Door NNZ krijgen ze regie over hun kinderwens en kunnen ze een weloverwogen keuze maken, in plaats van dat een zwangerschap hen 'overkomt'. Aangezien NNZ veel leed voorkomt door kwetsbare mensen bij dit zeer belangrijke onderwerp,

namelijk kindervens, te ondersteunen, is de inzet om dit in de toekomst te behouden. Daarom wordt nu, net als voor alle andere onderdelen van Kansrijke Start (gericht op meer kinderen een kansrijke start bieden tijdens de 1^e 1000 dagen), hard gewerkt aan een goede, duurzame borging na beëindiging van het programma aan het einde van deze kabinetsperiode, waar duurzame financiering deel van uit maakt. Ik ben voornemens om nog deze kabinetsperiode mogelijkheden te bezien om NNZ (en breder ook de ondersteuning van de lokale coalities Kansrijke Start) een langere periode financieel te ondersteunen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Renkema (GL) over een overbruggingskrediet voor medische onderzoeken die door de corona crisis financieel in de problemen zijn gekomen.

ZonMw, NWO en Oncode hebben regelingen voor lopende onderzoeksprojecten die in problemen komen door covid-19. Ook LSH heeft een "project recovery" aanpak voor PPS-projecten die vertraging oplopen door covid (waarbij ook gezondheidsfondsen zijn betrokken).

In alle gevallen gaat het om lopende projecten die vertraging oplopen door covid-19 en daarom al dan niet budgetneutrale verlenging of aanpassing kunnen krijgen. Daarnaast geeft ZonMw aan geen ernstige signalen te hebben ontvangen dat onderzoek vertraging heeft opgelopen vanwege covid-19. ZonMw heeft ook voldoende ruimte om hier zelf oplossingen voor te vinden.

Al met al zie ik geen noodzaak voor een overbruggingskrediet voor medisch onderzoek dat vertraging oploopt door covid-19.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Renkema (GL) over de onderschrijding op het financieel kader wijkverpleging en de zorg dat daardoor niet meer genoeg zorg geleverd kan worden.

Op basis van realisatiecijfers is al sinds 2015 een toenemende onderschrijding van het kader wijkverpleging zichtbaar. Dit cijferbeeld is uitvoerig besproken met de partijen van het hoofdlijnaakkoord (HLA-partijen) wijkverpleging en heeft geleid tot onderzoek door Equalis. Het onderzoek laat zien dat cliënten – ondanks de lagere uitgaven aan wijkverpleging – nog steeds de zorg krijgen die zij nodig hebben. Uiteindelijk heb ik in overleg en in afstemming met de HLA-partijen wijkverpleging een technische bijstelling op het budget voor de wijkverpleging doorgevoerd. Dit heeft geen consequenties voor de uitvoering van de ambities in de wijkverpleging. Daarnaast zijn met de betrokken HLA-partijen afspraken gemaakt over het overhevelen van € 60 miljoen vanuit het kader voor de zorginkoop van wijkverpleging naar de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voor 2020 t/m 2022), voor het uitvoeren van een subsidieregeling. Zorgaanbieders kunnen de subsidieregeling gebruiken voor het verrichten van activiteiten om landelijke afspraken zoals vastgelegd in het hoofdlijnaakkoord wijkverpleging 2019-2022 en het toekomstperspectief wijkverpleging lokaal te implementeren. De regeling dient bij te dragen aan het kwalitatief verbeteren van de zorg en het bevorderen van de gezondheid voor cliënten in de eigen (woon- en leef) omgeving. Het is niet ongebruikelijk dat een deel van de HLA-middelen wordt aangewend buiten het kader voor de zorginkoop door zorgverzekeraars. Voor de wijkverpleging is dus zowel het budget in het financieel kader wijkverpleging beschikbaar, als deze € 60 miljoen op de begroting van VWS.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Renkema (GL) over procedures om paramedische behandelingen te laten vergoeden sneller te laten verlopen en over het verbeteren van de samenwerking tussen fysiotherapeuten en andere medici.

Het Zorginstituut werkt in opdracht van VWS aan het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie waarin wordt gekeken bij welke aandoeningen fysio- en oefentherapie eventueel kan worden toegevoegd aan het basispakket. Momenteel kijkt het Zorginstituut wat als passend bewijs

kan worden gezien voor de effectiviteit van fysio- en oefentherapie. Dit is een pas op de plaats die nodig is zodat het Zorginstituut in de toekomst beter kan beoordelen of fysio- en oefentherapie effectief is bij bepaalde aandoeningen. Het Zorginstituut zal hierover rapporteren in de volgende voortgangsbrief, die ik begin 2021 verwacht. Om het overgangstraject te versnellen, is in de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019-2022 geld beschikbaar gesteld (€ 10 mln.) via ZonMw voor onderzoek, richtlijnontwikkeling en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Wat betreft de samenwerking tussen fysiotherapeuten en andere medici kan ik het volgende aangeven: er zijn al veel voorbeelden van goede samenwerking tussen fysiotherapeuten en andere (para)medici. Via de Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg stimuleren we een aantal zaken die tot (nog) betere samenwerking leiden. Bijvoorbeeld door het vergroten van de organisatiegraad van paramedici. Ook digitale en gestructureerde gegevensuitwisseling tussen patiënt, paramedicus en andere zorgverleners kan helpen bij betere samenwerking. In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt om hierin stappen te zetten.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Renkema (GL) over akkoord wonen en zorg

De beoogde bestuurlijke afspraken zullen in ieder geval met Actiz, Aedes, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten gemaakt worden. Daarbij wordt ook gekeken naar de monitoring en actie op het moment dat het beoogde resultaat van het akkoord niet wordt gehaald.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over het onderzoek naar gender en gezondheid als de financiering van het onderzoeksprogramma stopt.

De in gang gezette onderzoeken zullen de komende jaren nog doorlopen waarna zij tot afronding komen. Vragen over genderaspecten die van belang zijn voor het leveren van goede zorg zijn in mijn ogen een gangbaar onderdeel van onderzoek in de zorg geworden ("mainstreaming") en kunnen hun weg vinden in de verschillende onderzoeksprogramma's van ZonMw.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vragen van het Kamerlid Ellemeet (GL) over opname van anticonceptie in het basispakket, beschikbaarheid van menstruatie materiaal en kosten rondom geboorte

Allereerst merk ik op dat bij anticonceptie en menstruatie materiaal geen sprake is van ziekte of een medische aandoening. Voor vergoeding uit het basispakket, is van belang dat de aandoening of ziekte ernstig genoeg is en de kosten van behandeling hoog zijn. Anticonceptie wordt vaak wel vergoed vanuit aanvullende verzekeringen, hierop is geen eigen risico van toepassing. Ik zie vanwege bovenstaande geen reden om anticonceptie voor vrouwen ouder dan 20 jaar in het pakket op te nemen.

Op het onderwerp menstruatie-materiaal en de zogeheten menstruatie-armoede, waaronder het voorbeeld uit Schotland, zal ik samen met mijn collega van SZW nog nader ingaan bij de beantwoording van Kamervragen van de leden Ploumen en Van Dijk (PvdA, d.d. 27 november jl).

Verloskundige zorg tijdens de zwangerschap en de bevalling is opgenomen in het basispakket. Deze zorg is bovendien uitgezonderd van het eigen risico.

Voor kraamzorg zijn vrouwen wel een eigen bijdrage verschuldigd. Zij kunnen eventueel een aanvullende verzekering afsluiten waarin de eigen bijdrage voor kraamzorg wordt verzekerd. Hetzelfde geldt voor de eigen bijdrage voor een poliklinische bevalling zonder indicatie.

In Nederland wordt ervan uitgegaan dat een vrouw, indien er geen geïndiceerde complicaties zijn, thuis kan bevallen. Bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie wordt er dus gebruik gemaakt van dure ziekenhuisvoorzieningen, terwijl hier geen noodzaak voor bestaat. Daarom betalen vrouwen zonder indicatie een eigen bijdrage voor het gebruik van ziekenhuisfaciliteiten.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ellemeet (GL) over of de minister extra aandacht voor de onderwerpen overgang en menopauze wil hebben.

In de curatieve zorg is het van belang dat de professionals hun kennisstelsel met betrekking tot overgangsklachten op peil houden. Zo wordt het Nederlandse Huisartsen Genootschap standaard "de overgang" op dit moment aangepast. De NHG heeft hiervoor een enquête uitgezet in samenwerking met de Stichting Vuurvrouw. De Stichting Vuurvrouw is een landelijk platform voor vrouwen in de overgang.

Ik deel de mening dat het belangrijk is dat hier aandacht aan wordt besteed en dat een en ander bespreekbaar wordt gemaakt. De overgang hoort er gewoon bij, ook op de werkvloer. Werkgevers hebben daar ook een rol in. In het najaar van 2019 is bijvoorbeeld het project Rijk in Overgang, voor de Rijksoverheid van start gegaan. Een mooi en compleet programma met een bewustwordingscampagne, informatiebijeenkomsten en een Kenniscommunity. Het programma Rijk in Overgang is in 2019 ontwikkeld en wordt vanaf 2020 uitgerold over de departementen. Een mooi voorbeeld, ook voor andere werkgevers.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Renkema (GL) over beschikbare middelen voor het Nationaal Preventieakkoord.

De Tweede Kamer wordt heden door middel van een Kamerbrief geïnformeerd over de appreciaties van de amendementen. Zo ook van dit amendement.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Renkema (GL) over het stimuleren van samenwerking in de ggz.

Met u ben ik van mening dat samenwerking essentieel is om de uitdagingen waar de ggz voor staat aan te gaan. Met mij zien ook de toezichthouders en de partijen in de ggz, zoals zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beroepsorganisaties, het belang van samenwerking. Er zijn binnen de wettelijke kaders ook volop mogelijkheden om samen te werken. Een mooi voorbeeld van goede samenwerking zijn de transfertafels die in verschillende regio's van start zijn gegaan. Hierin werken aanbieders en verzekeraars met elkaar samen aan het verkorten van de wachttijden.

Het komt voor dat de gewenste samenwerking niet vanzelf tot stand komt. Ik zie het dan ook als mijn taak om de partijen in de ggz hier voortdurend op aan te spreken, en hen bij elkaar te brengen. Op de korte termijn doe ik dat concreet via de overleggen die momenteel plaatsvinden in het kader van het hoofdlijnenakkoord ggz, zowel bilateraal met aanbieders, verzekeraars en professionals, als in breder verband. Uiteraard heb ik hier ook aandacht voor in mijn (digitale) werkbezoeken in de regio. Bovendien financier ik voor acht regio's die door de stuurgroep wachttijden zijn aangewezen als "probleemregio" (regio's met een gemiddelde wachttijd boven de 14 weken), de inzet van versnellers. Deze versnellers spelen een belangrijke rol in het samenbrengen van partijen.

Voor de lange termijn zal ik in mijn visie op het zorglandschap expliciet aandacht besteden aan versterking van de samenwerking binnen de ggz en over de grenzen van de ggz heen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Renkema (GL) over investeren in de nachtopvang de komende maanden.

Het gaat mij aan het hart dat er mensen zijn die buiten slapen. Dat is precies de reden waarom ik me de afgelopen jaren met hart en ziel heb ingezet voor dakloze mensen.

Iedereen die volgens de Wmo in aanmerking komt voor een plek in de opvang, moet deze plek ook daadwerkelijk krijgen. Dat is het uitgangspunt. Dat geldt niet alleen in de winter, maar het hele jaar. Het gaat hier om een kwetsbare groep mensen die hulp nodig heeft om hun leven weer op de rails te krijgen. Dat is ook de reden dat ik voor de jaren 2020 en 2021 € 200 miljoen extra beschikbaar heb gesteld voor de aanpak van dak- en thuisloosheid en dat ik het actieprogramma dak- en thuisloze jongeren ben gestart.

Ik denk echter dat de leden Renkema (Groenlinks) en Van Gerven (SP) doelen op de mensen die elk jaar alleen tijdens de winterkouderegeling toegelaten worden tot de maatschappelijke opvang, de 'niet-rechthebbende daklozen'. Vanuit humanitair oogpunt heb ik in maart en november van dit jaar, toen het advies gold 'blijf thuis', gemeenten opgeroepen ook deze mensen op te vangen — ondanks dat het RIVM heeft aangegeven het niet aannemelijk is dat er op straat een groter risico op verspreiding van COVID-19 is onder dak- en thuislozen dan in de opvang. Zij hebben immers geen thuis, waar ze binnen kunnen blijven.

Dus als de winterkouderegeling van kracht is of wanneer de oproep van het kabinet is: 'blijf thuis' worden deze mensen, die daar normaal gesproken geen recht op hebben, toch opgevangen. Ondertussen werkt het Kabinet aan structurele oplossingen om deze mensen goed te helpen, bijvoorbeeld via het aanjaagteam bescherming arbeidsmigranten. Ook kunnen uitgeprocedeerde asielzoekers zich nog steeds wenden tot de voorzieningen in de asielketen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Renkema (GL) over extra opleidingsplekken GZ-psychologen en klinisch psychologen in 2021.

Voor het realiseren van de opleidingsplekken volgen wij waar mogelijk de ramingen van het Capaciteitsorgaan, mits budgettair inpasbaar. Wat betreft de ggz-opleidingen heeft het Capaciteitsorgaan recent een tussentijdse raming uitgebracht, die op het aantal opleidingsplaatsen in 2022 en volgende jaren ziet. Over het aantal opleidingsplaatsen voor 2021 heeft het Capaciteitsorgaan ons in een eerdere raming geadviseerd, waarna wij het maximumadvies heb opgevolgd voor de GZ-psychologen. Voor de klinisch psychologen aanvankelijk ook. Toen uit inventarisatie van de aangevraagde opleidingsplaatsen dit voorjaar echter bleek dat het aantal daadwerkelijk realiseerbare opleidingsplaatsen voor de klinisch psychologen lager lag dan het maximumadvies, is voor 2021 niet meer beschikbaar gesteld dan daadwerkelijk realiseerbaar was. Er zijn te weinig geschikte opleidingskandidaten om de plaatsen te vullen. Ik denk dat het derhalve niet opportuun is om voor de klinisch psychologen voor 2021 extra plaatsen beschikbaar te stellen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de motie om onderzoek te doen naar fysiotherapie voor chronische ziekten en deze onder te brengen in het basispakket.

Het Zorginstituut werkt in opdracht van VWS aan het overgangstraject systeemadvies fysio- en oefentherapie waarin wordt gekeken bij welke aandoeningen fysio- en oefentherapie eventueel kan worden toegevoegd aan het basispakket. De doelen en aanpak van dit overgangstraject liggen in de lijn van de gewijzigde motie van het lid Van den Berg c.s. (Kamerstukken 2018/19, 29 689, nr. 1015). Het overgangstraject heeft er al toe geleid dat fysiotherapie bij COPD, etalagebenen en artrose aan heup en knie vanaf de eerste behandeling wordt vergoed uit de basisverzekering. Het Zorginstituut zal over het overgangstraject rapporteren in de volgende voortgangsbrief, die ik begin 2021 verwacht. Daarin zal het Zorginstituut ook ingaan op het *position paper* dat zij opstellen, waarin wordt beschreven wat als passend bewijs kan worden gezien voor de effectiviteit van fysio- en oefentherapie.

Een van de voorwaarden om zorg toe te voegen aan het basispakket is dat deze bewezen effectief is. Dit is op basis van het nu beschikbare wetenschappelijk onderzoek niet voor alle vormen van fysio- en oefentherapie voldoende aantoonbaar. Om onderzoek naar de effectiviteit van fysiotherapie te stimuleren en de uitvoering van het overgangstraject te versnellen, is in de

Bestuurlijke Afspraken Paramedische Zorg 2019-2022 geld beschikbaar gesteld (€ 10 mln.) via ZonMw voor onderzoek, richtlijnontwikkeling en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over onderzoek naar het incident in Rotterdam.

In relatie tot de verschrikkelijke casus in Rotterdam, waarbij een Amerikaanse studente in 2018 om het leven is gekomen, wil ik opmerken dat deze tot verschillende onderzoeken en rapporten heeft geleid. Zo is er een rapport van de Rotterdamse Zorgconsul, een onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en vanzelfsprekend een strafrechtelijk onderzoek door het Openbaar Ministerie. Het is bij dergelijke verschrikkelijke gebeurtenissen volgens mij dan ook goed dat we - naast onderzoek vanuit strafrechtelijk perspectief - zorgvuldig kijken wat er mis is gegaan in de zorg en ondersteuning en wat er dus beter moet.

Om deze reden heeft Toezicht Sociaal Domein (TSD) - samen met Wmo-toezicht - eerder in de richting van de gemeente Rotterdam aangegeven onderzoek te willen doen naar het functioneren van het lokale stelsel in Rotterdam naar aanleiding van deze casus. Ik herken het beeld dus niet dat er geen mogelijkheden zouden zijn om nader onderzoek te doen. Ook merk ik graag op dat er bij TSD en Wmo-toezicht bereidheid was onderzoek te doen. Hierbij was er bij de gemeente Rotterdam echter de wens om de politieverhoren die zijn afgenomen in deze casus bij het onderzoek te betrekken, maar dit strafrechtelijke onderdeel is met name voorbehouden aan het OM.

Meer algemeen wil ik nog opmerken dat er in het licht van de aanpak voor personen met verward gedrag werk wordt gemaakt van betere mogelijkheden tot het kunnen doen van een melding over zorgwekkend gedrag. Hiertoe is sinds kort ook het landelijk meldnummer zorgwekkend gedrag ingericht. Hierbij wordt ook gewerkt aan een wettelijke basis voor gegevensdeling over meldingen die hier binnen komen en de relatie tussen verschillende meldpunten. Ook wordt gewerkt aan nadere afspraken met de politie over doorgeleiding van zorgwekkende signalen naar de meldpunten niet-acuut.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de voortgang op het realiseren van 100 extra maatwerkplekken voor mensen met een verstandelijke beperking en een complexe zorgvraag.

Op 12 oktober van dit jaar heeft u de Voortgangsrapportage Volwaardig Leven (Kamerstukken 2019/2020, 24 170, nr. 197) ontvangen. Daarin vindt u de voortgang die in 2020 is gemaakt op de realisatie van de maatwerkplekken. Hierin kunt u ook lezen dat zorgkantoren afspraken hebben gemaakt over 70 maatwerkplekken. Dit zijn voldoende plekken om aan de vraag te voldoen zoals die is geïnventariseerd in het begin van 2020 en ook nog ruimte over te houden voor nieuwe aanmeldingen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over het advies Samenwerken aan passende zorg van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Ja, ik ondersteun dit rapport. Ik vind het belangrijk dat samengewerkt wordt aan gepast gebruik van zorg en dat daarbij gekeken wordt naar de rollen en verantwoordelijkheden van alle partijen. Dat vraagt dus ook een inzet van alle partijen en professionals in de zorg. Zoals ik in mijn aanbiedingsbrief van 27 november jongstleden heb aangegeven omarm ik de principes van het advies (Kamerstukken 2020/21, 31 765, nr. 536). Het zijn deze principes die passen bij de transformatie naar meer gepast gebruik en de juiste zorg op de juiste plek.

Dat samenwerken zijn vruchten afwerpt illustreeren verschillende programma's die zijn voortgekomen uit het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022. Hierin zijn concrete afspraken gemaakt over het bereiken van meer kennis over effectiviteit en uitkomsten

van zorg. En dat deze kennis en uitkomsten daadwerkelijk in de praktijk ingezet worden. In de programma's Zorgevaluatie en Gepast Gebruik en Uitkomstgerichte Zorg wordt door de partijen goed samengewerkt om dit te bereiken. Zo is het doel in het programma Uitkomstgerichte Zorg om van 50% van de ziektelast de uitkomsten in kaart te brengen. Daarnaast is er in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik een implementatieagenda opgesteld van onderwerpen die nú geïmplementeerd kunnen worden. Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen hebben op basis van deze implementatieagenda ook afspraken gemaakt over de inkoopcontracten voor 2021. Ik vind dat een goede ontwikkeling.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over het systeem van kilometeradministratie van bovenregionaal vervoer.

Conform toezegging aan uw Kamer heb ik reeds verkend of aanleiding bestaat het systeem van kilometeradministratie van bovenregionaal sociaal-recreatief vervoer voor mensen met een mobiliteitsbeperking (Valys) aan te passen. Hieruit bleek dat de administratie zich beperkt tot het registreren van gegevens over pashouders die (1) direct relevant is voor een adequate uitvoering van Valys en (2) in overeenstemming is met de overeenkomst die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de uitvoerder van het Valys-vervoer is aangegaan. De registratie van gegevens ziet vooral toe op gebruikelijke gegevens (naam, adres en woonplaats) en bankgegevens voor de betalingen. Daarnaast worden – door toedoen en op voorspraak van de pashouder – enkele reizigerskenmerken geregistreerd om de dienstverlening zoveel mogelijk op maat te kunnen bieden. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft daarom uw Kamer al laten weten dat de uitkomst van deze verkenning geen aanleiding geeft tot vervolgstappen (TK 2018–2019, 24 170, nr. 180).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de motie over de oprichting van een onderzoeks-/geneesmiddelenfonds om te komen tot goedkopere medicijnen.

Het verzoek uit de motie wordt bekeken in de uitwerking bij het initiatief Future Affordable and Sustainable Therapies (FAST). Binnenkort wordt het voorstel voor FAST door de FAST-kwartiermakers van ZonMw aan mij en de staatssecretaris van EZK aangeboden. Ik zal het voorstel voor FAST daarop aan uw Kamer sturen; een kabinetsreactie verwacht ik te sturen in het eerste kwartaal van 2021.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de voortang van het lachgasverbod.

Laat ik voorop stellen dat het Lachgasbesluit mijn bijzondere aandacht heeft. Op dit moment kijken de minister van Justitie en Veiligheid en ik nog naar de uitvoeringsconsequenties en (financiële) impactanalyses van de partijen die betrokken zullen zijn bij de uitvoering van het besluit. Ik streef er samen met de minister van Justitie en Veiligheid naar het voorstel zo spoedig mogelijk, in ieder geval in het eerste kwartaal 2021, bij uw Kamer in te dienen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de vraag of de verkoop van Intravacc moet worden afgesteld.

Dit voorjaar is u gemeld dat de verkoop van Intravacc on hold stond en dat u geïnformeerd zou worden zodra er meer bekend is over de plannen tot privatisering van Intravacc. Het proces van de verkoop wordt bij VWS begeleid door een verkoopteam en een interdepartementale stuurgroep. Deze heeft mij geadviseerd om gezien de huidige omstandigheden van de coronacrisis een definitieve verkoop uit te stellen.

Wel is er aanleiding om de rechtsvorm van Intravacc aan te passen van projectdirectie bij het

departement naar een beleidsdeelneming onder VWS, waarbij alle aandelen in handen van de staat blijven voor een periode van maximaal 2 jaar. Dat geeft Intravacc de mogelijkheden om haar activiteiten met betrekking tot de ontwikkeling van vaccins verder te professionaliseren en eenvoudiger samen te werken met private partijen.

U ontvangt op korte termijn een brief met nadere toelichting hierop.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over praktijkhouderschap, taakherschikking en opleidingsplaatsen.

In 2019 heeft mijn ambtsvoorganger u een plan van aanpak gestuurd met daarin acties om het vak als huisarts en in het bijzonder praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken. Te denken valt aan het creëren van meer tijd voor de patiënt, meer aandacht in de opleiding voor ondernemerschap en meer mogelijkheden om ondersteunend personeel in te zetten, waardoor de huisarts meer tijd heeft voor de patiënt. Samen met de LHV en de huisartsen zijn we continu in gesprek over hoe, gegeven de ontwikkelingen die er zijn, het vak in den brede aantrekkelijk blijft.

Daarnaast vind ook ik taakherschikking door middel van de inzet van de *physician assistant* en de verpleegkundig specialist een belangrijk instrument om de zorg beter en toegankelijker te organiseren. Onderzoek wijst uit dat dit leidt tot betere kwaliteit van zorg met een hoge patiënttevredenheid. Om deze reden subsidieer ik samen met OCW ook opleidingsplaatsen voor de *physician assistants* en de verpleegkundig specialisten. Voor 2021 gaat het om 700 opleidingsplaatsen. Op de door u genoemde motie van D66 met betrekking tot meer opleidingsplaatsing voor huisartsen zal ik separaat ingaan.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over Sanquin Plasma Products

Om een productiefaciliteit in Nederland te behouden, te midden van de grote commerciële spelers op de wereldmarkt, is het noodzakelijk dat SPP in zee gaat met een strategische partner die ervoor zorgt dat SPP toekomstbestendig wordt. Zoals ik al in mijn brief van 12 oktober 2020 (Kamerstukken 2020/21, 29 447, nr. 60) aangaf is de huidige productiefaciliteit verouderd. De toekomst van SPP is alleen verzekerd als de fabriek gemoderniseerd wordt, er grote hoeveelheden buitenlands plasma voor opdrachtgevers bewerkt kunnen worden zodat de fabriek ook efficiënt ingezet wordt (het Nederlands plasma vult nog geen 25% van de fabriek) en toegang gecreëerd wordt tot nieuwe markten buiten Nederland. Het internationale consortium is bereid om in SPP te investeren, heeft de expertise en het benodigde netwerk om het voorgaande te realiseren. Dit biedt de beste optie voor de toekomst van SPP.

De stichting Sanquin gaat een meerjarige juridisch bindende overeenkomst aan met SPP voor het leveren van de grondstof plasma. Op basis van deze overeenkomst levert de stichting de komende 10 jaar Nederlands plasma aan SPP. SPP is op zijn beurt gehouden om de producten die mede zijn bereid uit Nederlands plasma in eerste instantie op de Nederlandse markt aan te bieden door middel van deelname aan tenders van ziekenhuizen met concurrerende prijzen. De huidige situatie wordt daarmee gecontinueerd. De beschikbaarheid van plasmageneesmiddelen uit Nederlands plasma op de Nederlandse markt kan hiermee voor ten minste 10 jaar gegarandeerd worden.

Uw Kamer ontvangt spoedig een reactie op het Schriftelijk Overleg inzake recente ontwikkelingen Sanquin Plasma Products BV.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over bevolkingsonderzoek borstkanker.

Het verlengen van de interval tussen borstkankerscreeningen naar maximaal 3 jaar is een moeilijk besluit geweest. Al voordat de Covid-19 pandemie startte liepen de achterstanden door personeelstekorten in meerdere regio's op. Ik heb uw Kamer daarover op 20 september 2019

geïnformeerd (Kamerstuk 32 793, nr. 445). De Covid-19 pandemie heeft dat in een stroomversnelling gebracht. Het bevolkingsonderzoek lag in het voorjaar enkele maanden stil. Sinds de heropstart zijn maatregelen nodig om te borgen dat cliënten anderhalve meter afstand van elkaar kunnen houden. Daardoor kan het bevolkingsonderzoek zo lang de pandemie voortduurt niet op volle kracht draaien. De achterstanden zullen daardoor helaas blijven oplopen. Ik wil niet mijn ogen sluiten voor dit probleem en ik wil het ook niet voor mij uitschuiven. Deze ingreep is onontkoombaar.

Ik wil uiteraard met u ook dat vrouwen zo snel mogelijk weer kunnen rekenen op een twee jaarlijkse screening. Om daar te komen moeten extra screeningslaboranten geworven en opgeleid worden. Daarnaast proberen we personeel te behouden met gunstige arbeidsvoorwaarden. En zo lang de COvid-19 pandemie duurt zetten we alles op alles om de schaarse capaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten, ook als dat onorthodoxe oplossingen vraagt. We plaatsen bijvoorbeeld extra portocabins om meer fysieke ruimte te organiseren.

Om extra personeel te kunnen opleiden verleng ik nu tijdelijk de interval termijn naar maximaal 3 jaar. Dat schept ruimte om bestaande capaciteit in te zetten voor het opleiden van nieuwe collega's. Daarmee pak ik het probleem bij de wortel aan. De opleiding duurt 2 jaar en daarmee is het personeelsbestand op zijn vroegst in 2023 op "oorlogssterkte". Daar zet ik hard op in, maar zo lang de Covid-19 pandemie duurt kan dit ook vertraging opleveren in het opleiden. Als het personeelsbestand op volle sterkte is dan kunnen we de achterstanden die in de tussentijd zijn opgelopen gaan inhalen om zo snel mogelijk terug te gaan naar een interval van 2 jaar. Er zijn te veel onzekerheden om nu te kunnen voorspellen wanneer dat lukt, maar uw Kamer kan ervan uitgaan dat ik hiervoor alles uit de kast haal. Ik zal uw Kamer elk half jaar informeren over de voortgang.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over de wijze waarop VWS *launching customer* kan zijn.

Tijdens de coronacrisis hebben we ervaren dat leveringszekerheid van producten van groot belang is. Leveringszekerheid kunnen we verbeteren via betere inkoop en contractering, het aanhouden van (centrale of decentrale) voorraden en productie dicht bij huis (in de EU of in Nederland). Zoals ik in mijn reactie op de initiatiefnota van de heer Veldman (VVD) heb laten weten, werk ik verder uit voor welke type producten en via welke instrumenten de overheid een stimulerende rol kan spelen. De betrokkenheid van de overheid kan soms het verschil maken om bepaalde productie op te starten maar interventie van de overheid is niet altijd nodig. In meer algemene zin vraagt mevrouw Van den Berg naar de mogelijkheid om innovatie te stimuleren waarbij zij het voorbeeld van de medisch-technische campus in Twente aanhaalt. De topsector Life Science & Health stimuleert dit soort type samenwerkingen maar tegelijkertijd zie ik de behoefte aan meer regie op diverse initiatieven en de vraag om mogelijke steun vanuit de overheid. Binnenkort ontvang ik samen met de staatssecretaris van EZK een voorstel voor Future Affordable Sustainable Therapies (FAST) waarbij ook op dit soort mechanismen wordt ingegaan. Ik zal u in het eerste kwartaal van 2021 mijn reactie daarop sturen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) over de vraag om actie om tot bestuurlijke afspraken over medisch-generalistische zorg in de ouderenzorg te komen.

In rapport Medisch-generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (Kamerstukken 2019/2020, 34 104, nr. 300) beveelt de NZa aan dat beroepsgroepen samenwerkingsafspraken maken zodat de zorg op elkaar aansluit en ieders verantwoordelijkheid helder is. In aanvulling daarop moeten betrokken partijen gezamenlijk afspraken maken over de randvoorwaarden voor het leveren van goede medisch-generalistisch zorg. Op enkele plekken in de ouderenzorg lukt het om regionaal afspraken te maken, zoals de bestuurlijke afspraken in 't Gooi. In de gehandicaptenzorg is er onder leiding van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland een convenant tot stand gekomen met landelijke afspraken om

artsen te faciliteren bij deze zorg. Ik moedig partijen in de ouderenzorg aan om ook op landelijk niveau tot bestuurlijke afspraken te komen. In mijn reactie op het NZa-rapport, die ik uw Kamer nog dit jaar zal doen toekomen, zal ik verder ingaan op de stappen die ik neem om de medisch-generalistisch zorg voor patiënten met een indicatie voor de Wet langdurige zorg beschikbaar, toegankelijk, betaalbaar en organiseerbaar te houden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) over hofjes

De ouderwetse hofjes zijn zeker een van de mogelijke woonvormen waar behoefte aan is. Met de Stimuleringsregeling Wonen en Zorg wordt de bouw van deze woonvorm door sociale ondernemers en bewonersinitiatieven gestimuleerd. Verschillende projecten waarvoor subsidie is aangevraagd betreffen woonhofjes.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) over burgerinitiatieven op gebied van wonen, welzijn en zorg en op technologische- en organisatorische innovatie.

De kracht van burgerinitiatieven ligt op lokaal niveau en zit in de intrinsieke bereidheid van burgers. Ook innovatie begint vaak van onderop. Ik zie dan ook vooral een verbindende en faciliterende rol voor het Rijk als het gaat om burgerinitiatieven. In een recent overleg van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit met een brede vertegenwoordiging van burgerinitiatieven is afgesproken om die rol de komende periode nader te bezien langs drie lijnen: het faciliteren van kennisuitwisseling, het verbinden van burgerinitiatieven met financieringsstromen en juridische innovatie.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) om kinderen te stimuleren ouders te ondersteunen bij het aanschaffen van een appartement

Met onder meer wooncoaches wordt bevorderd dat mensen erover nadenken dat hun appartement of woning in de toekomst mogelijk niet meer geschikt is. De aanschaf van een appartement valt echter onder de eigen regie van mensen. Meerdere partijen, ook private, hebben ondersteunende tools om mensen te helpen zichzelf voor te bereiden op hun woonsituatie bij het ouder worden. Bijvoorbeeld de Rabobank met een '50plus woontest' en handige tips over financieringsmogelijkheden en het platform ikwoonleefzorg.nl met ook tips voor de mantelzorger.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van den Berg (CDA) over verzoek om reactie op de ingediende motie over randvoorwaarden voor regionale preventiefondsen.

De motie ingediend bij het WGO sport van 30 nov. verzoekt de regering om met de VNG en zorgverzekeraars in overleg te gaan welke randvoorwaarden voor regionale preventiefondsen nodig zijn en de Kamer hierover voor het notaoverleg Preventie te informeren. Deze motie sluit aan bij de gesprekken die ik voer met VNG en zorgverzekeraars over preventie en gezondheid. Ik ben dan ook bereid om dit onderwerp hierin mee te nemen en de Kamer hierover voor het notaoverleg Preventie van 1 februari 2021 te informeren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) over het afleren van indiceren.

Uiteraard ben ik ook van mening dat er geen overbodige informatie bij cliënten dient te worden

opgevraagd bij het (her)indiceren. De uitvoering van de indicaties is per domein verschillend. Bij de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) wordt de beschikking afgegeven door de gemeente. Om overbodige indicaties te voorkomen heb ik in 2019 bestuurlijk met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) afgesproken om de duur van de beschikking zoveel mogelijk aan te laten sluiten op de specifieke situatie van de aanvrager in lijn met de bedoeling van de Wmo. De VNG heeft gemeenten vervolgens hiertoe opgeroepen. In afstemming met cliënten en gemeenten zal dit mogelijk een onderwerp zijn bij het project samenwerken aan een betere toegang sociaal domein van de VNG. Ten aanzien van de zorgverzekeringswet geldt dat de zorgverlener al zelf indiceert. Hoe zij dat doen, is aan de beroepsgroep zelf.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) over de vertrouwensbreuk tussen verpleging, ouders, medische zorg en zorgverzekeraars rondom de handreiking kindzorg.

De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft zich de afgelopen periode enorm ingespannen om te komen tot een handreiking indicaties proces. Dat proces is afgerond en ik heb u de handreiking afgelopen dinsdag 1 december toegezonden. V&VN heeft zich ingezet om alle relevante partijen te betrekken bij de totstandkoming en het overgrote deel van de betrokken partijen steunt deze handreiking openlijk of ziet deze in ieder geval als een grote stap in de goede richting. Nu moet deze handreiking de kans krijgen om te 'landen' in de praktijk. Daarbij heeft V&VN aangegeven de handreiking in 2021 te evalueren, ook weer met input van de partijen uit het veld. Zij beschouwen de handreiking als een levend document. Ik zie dus geen reden om inhoudelijk in te grijpen op de handreiking. Ik blijft met partijen in gesprek over het (vervolg)proces.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) over het jaarlijks vragen om een nieuwe indicatie in met name de wijkverpleging en de intensieve medische kindzorg en waarom hier niet mee gestopt wordt.

Binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het aan de wijkverpleegkundige (of in het geval van kindzorg aan de kinderverpleegkundige) om de zorg te indiceren. Dit doet zij op basis van het verpleegkundig proces en conform de beroepsnormen. Het evalueren van de zorgvraag en vastleggen van de evaluatieresultaten hoort bij dit proces. Het is niet aan mij om in die beroepsnormen verandering aan te brengen. De wijkverpleegkundige bepaalt op basis van de zorgvraag hoe vaak evaluatie noodzakelijk is. Ik vind het een goede zaak dat maatwerk hierbij mogelijk is. Dat was ook de gedachte achter het overhevelen van de verantwoordelijkheid voor het indiceren van het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ) naar de wijkverpleegkundige. Enkel in twee specifieke situaties binnen de wijkverpleging wordt door de zorgverzekeraars een maximale termijn gekoppeld aan de geldigheidsduur van de indicatie, namelijk bij de toekenning van een persoonsgebonden budget (pgb) of bij een machtiging voor niet-gecontracteerde wijkverpleging. In het geval van een pgb nemen de zorgverzekeraars in hun pgb-regelement een maximale periode voor de afgifte van een pgb op (nu is dat meestal twee jaar). In de bestuurlijke afspraken Zvw-pgb is afgesproken dat bij het bepalen van de duur van de toekenning maatwerk wordt toegepast. In het geval van een machtiging is dit doorgaans één jaar, omdat de ervaring leert dat bij veel verzekerden de zorgvraag in een jaar tijd is veranderd. Ik begrijp ook dat zorgverzekeraars na een jaar opnieuw willen beoordelen of de indicatie navolgbaar is, gezien de praktijkvariatie die zij vaak zien.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) over het betrekken patiënten en zorgverleners bij de ontwikkeling en implementatie van innovatie.

Ik deel de mening van het CDA dat het betrekken van zorgprofessionals en cliënten en patiënten bij innovatie essentieel is voor de juiste implementatie. De behoefte van hen moet het startpunt zijn voor innovatie. Daarom benadruk ik dit punt ook altijd in onze communicatie over innovatie, onder andere vanuit Zorg van Nu en Zorg voor Innoveren. Wij betrekken zelf ook patiëntenverenigingen en zorgmedewerkers. Ook ondersteunen wij de Vliegwielen coalitie. Deze coalitie ontwikkelt praktische tools voor de implementatie en organisatie van digitale zorg. Het meenemen van cliënten en zorgmedewerkers is ook een belangrijk aspect van de stimuleringsregelingen die er lopen vanuit VWS, zoals de innovatie-impuls in de gehandicaptenzorg en de SET-regeling. De aandacht voor de vaardigheden bij o.a. zorgmedewerkers is hierbij ook een belangrijk aspect. Daarnaast financieren wij projecten van Pharos die met zorgorganisaties actie onderneemt om de gebruiker centraal te stellen, bijvoorbeeld bij patiëntenportalen en e-health.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) over de capaciteit woonzorgplekken voor ouderen op de middellange en lange termijn en de vraag waarom er niet meer aan wordt gedaan om gemeenten ertoe te bewegen om meer te bouwen.

Het klopt dat er tot 2040 een groeiende vraag naar woonzorgplekken voor ouderen is. Om op deze groeiende vraag te kunnen inspelen zijn gemeenten en zorgkantoren bezig met het ontwikkelen van lokale woonzorgvisies. De regionale plannen van de zorgkantoren gericht op de verpleeghuiscapaciteit zal ik nog dit jaar, tezamen met de volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma capaciteit en wachtlijsten verpleeghuizen, aan uw Kamer sturen. Zorgverzekeraars Nederland heeft de ambitie om de komende vijf jaar 25.000 woonzorgplekken te realiseren. De ambitie van de Taskforce is dat medio 2021 elke gemeente een woonzorganalyse en woonzorgvisie heeft. Daarbij worden gemeenten op verschillende wijzen ondersteund, zoals met het ondersteuningsteam wonen en zorg, webinars, een leerkring en handreikingen. In het voorjaar is mijn streven beide trajecten met elkaar te combineren in bestuurlijke afspraken samen met de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de veldpartijen, zodat vervolgens prestatieafspraken voor de middellange termijn kunnen worden gemaakt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Peters (CDA) over de toegankelijkheid van huisartsenzorg voor Wlz-cliënten die weer buiten een instelling gaan wonen.

Het is mij bekend dat er situaties zich voordoen van Wlz-cliënten die weer buiten een instelling gaan wonen en geen huisarts kunnen vinden. Cliënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen of weer thuis gaan wonen hebben zoals iedereen aanspraak op huisartsgeneeskundige zorg. Dit betekent dat zij voor zowel reguliere als spoedzorg terecht moeten kunnen bij een huisarts. Als een patiënt met een Wlz-indicatie die thuis woont of weer thuis gaat wonen problemen ervaart met het vinden van een huisarts, dan is het aan de betrokken zorgverzekeraar om hierbij te helpen. Wat betreft de medisch-generalistische zorg (zorg zoals huisartsen, specialist ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten in samenspel bieden) zie ik het als de gezamenlijke opdracht van beroepsgroepen, Wlz-aanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS om te organiseren dat deze zorg beschikbaar en toegankelijk is voor patiënten met een Wlz-indicatie. Ik voer voortdurend overleg met betrokken partijen over dit onderwerp en bespreek daarbij de aanbevelingen die de NZa in haar rapport over medisch-generalistische zorg heeft gedaan. In mijn reactie op het NZa-rapport, die ik uw Kamer nog dit jaar zal doen toekomen, zal ik verder ingaan op de stappen die ik neem om de medisch generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie beschikbaar, toegankelijk en organiseerbaar te houden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de strategie om het aantal besmettingen te laten dalen.

De strategie heeft nog steeds drie speerpunten: het virus beheersen, de zorg ontlasten en

kwetsbaren beschermen. De maatregelen zijn er vooral op gericht om het aantal contacten tussen mensen en de kans op verdere verspreiding van het virus te verminderen. De ontwikkelingen rondom vaccinatie en testen zullen in de toekomst impact hebben op de maatregelen die we treffen. De strategie zal op de dan geldende situaties worden aangepast. Steeds treffen we maatregelen die passend zijn bij de situatie op dat moment.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de uitspraken van het RIVM dat de huidige maatregelen nog wel tot maart kunnen duren.

Op basis van actuele gegevens over de ontwikkeling van het virus wordt door het RIVM een prognose gemaakt van de toekomstige ontwikkeling van het virus. De huidige stagnatie van de daling wordt betrokken bij de berekening van de tijd die het zal kosten om de signaalwaarden van risiconiveau 1 ('waakzaam') te bereiken. Op basis van de laatste adviezen van het OMT zal het kabinet 8 december besluiten over het maatregelenpakket.

Wat betreft de uitspraken van het RIVM geldt dat het RIVM het kabinet ondersteunt met informatie en adviezen op basis van onafhankelijk onderzoek op het gebied van de effecten van corona op de volksgezondheid. Het RIVM kan vanuit die rol ook op eigen titel uitspraken doen. Het kabinet neemt bij besluitvorming over de duur van maatregelen de input van RIVM mee, maar weegt daarnaast ook andere factoren bij besluitvorming over de duur van de huidige maatregelen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de vaccinatiestrategie.

In mijn brief van 20 november jl. heb ik uiteengezet welke stappen er zijn genomen om snel te kunnen starten met vaccineren op het moment dat vaccins beschikbaar en goedgekeurd zijn. Daarin is tevens de hoofdroute die het kabinet hanteert neergelegd. Het kabinet kiest ervoor de eerste vaccins beschikbaar te stellen aan bewoners van verpleeghuizen, instellingen in de gehandicaptenzorg en medewerkers van deze zorginstellingen. Eerder deze week is bekend geworden dat het EMA start met de beoordeling van de registratiedossiers van twee vaccins. Het EMA zal uiterlijk op 29 december uitsluitsel geven over het eerste vaccin (Biontech/Pfizer). Pas op het moment dat de vaccins worden goedgekeurd, weten we dat de vaccins veilig, effectief en geschikt zijn voor welke doelgroepen. De logistieke eigenschappen en de wijze van levering hebben gevolgen voor de exact te volgen strategie. Ook het precieze aantal vaccins wat steeds beschikbaar komt, heeft daar impact op. Onze aanpak en strategie moeten daarom wendbaar zijn. We zijn in intensief gesprek met diverse uitvoerende partijen die een bijdrage leveren aan de uitvoering van de vaccinatiestrategie. Samen werken we de scenario's uit. Ik informeer u over de meest actuele informatie voor het komende COVID-debat. Ik benadruk nogmaals dat in de week van 4 januari starten echt het meest gunstige scenario betreft, dat afhankelijk is van vele factoren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over dat niet geregeld is dat mensen in verpleeghuizen met de juiste beschermingsmiddelen kunnen werken.

Medewerkers in de verpleeghuizen kunnen werken met de maskers die zijn voorgeschreven in de richtlijn "Uitgangspunten PBM bij verzorging, verpleging of medische behandelingen buiten het ziekenhuis" van het RIVM. Welk type mondneusmasker is voorgeschreven hangt af van de handeling die wordt uitgevoerd. Alleen bij aerosolvormende handelingen is een FFP2 masker nodig, voor de overige handelingen is een chirurgisch mondneusmasker type IIR voorgeschreven. Er zijn van beide typen voldoende mondneusmaskers beschikbaar voor de medewerkers in de verpleeghuizen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over dat organisatie van ziekenhuizen/zorg en GGD'en niet opgewassen was tegen crisis vanwege jarenlange efficiëntie slag en of doden voorkomen hadden kunnen worden in verpleeghuizen als beter was omgegaan met testen en mondkapjes.

Het kabinet trekt voortdurend lessen. In september heb ik uw Kamer een brief gestuurd over de lessons learned uit de eerste golf (Kamerstukken 2019/20, 25 295 nr. 508). Die lessen betreffen we bij de huidige fase van de crisisbestrijding.

Daarnaast heeft het kabinet in mei al aangekondigd dat de Onderzoeksraad voor Veiligheid een uitgebreider reconstructieonderzoek zal uitvoeren naar de aanpak van de coronacrisis door de Nederlandse overheid en andere betrokken partijen. De ontwikkeling van het aantal besmettingen in de samenleving in het algemeen en in verpleeghuizen in het bijzonder hangen samen met een veelheid van factoren, waaronder in de eerste plaats het coronavirus zelf.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de uitspraken van Philips dat er meer bedden in ziekenhuizen moeten komen.

Op basis van het Opschalingsplan van de LNAZ is er per 1 oktober 2020 een uitbreiding van 1150 naar 1350 IC-bedden en aanvullend ook 400 extra klinische covid-bedden gerealiseerd. Vanaf 1 januari 2021 worden er nog eens 350 flexibele IC-bedden (tot een totaal van 1700 bedden) en 700 extra flexibele klinische bedden gerealiseerd. Het gaat hierbij om een tijdelijke opschaling van de capaciteit, alleen bestemd voor het opvangen van covid-patiënten gedurende de pandemie. De uitbreiding vindt plaats in alle ROAZ-regio's, evenredig verdeeld naar omvang van de bedden capaciteit per regio.

De Belastingdienst ziet erop toe dat bedrijven aan hun fiscale verplichtingen voldoen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over het effect van coronamaatregelen op mensen met de laagste inkomen die niet kunnen thuiswerken.

Vanuit mijn rol als minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport benader ik deze vraag vooral vanuit het perspectief van de risico's voor de volksgezondheid. We moeten ervoor zorgen dat het coronavirus niet zomaar om zich heen kan grijpen.

Om dit te voorkomen, hebben we met elkaar duidelijke regels afgesproken. Eén van deze regels is het dringende advies zoveel mogelijk thuis te werken. Waar mensen niet thuis kunnen werken, gelden de RIVM-richtlijnen met betrekking tot hygiëne en beschermingsmiddelen om jezelf – en ook anderen – te beschermen. Ik stel medewerkers in de zorg en ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp, in staat om, ook preventief, gebruik te maken van deze beschermingsmiddelen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over voorstellen voor een nieuw zorgstelsel.

Per onderdeel van de zorg moeten we de beste balans vinden tussen publieke randvoorwaarden enerzijds en juiste prikkels voor zorgaanbieders en keuzevrijheid voor patiënten anderzijds. We zien onder andere ruimte voor verbetering in samenwerking tussen zorginstellingen, samenwerking over domeinen heen en in de regio. Over twee weken starten we een brede veldconsultatie over de discussienota 'Zorg voor de Toekomst'. Deze nota bevat uiteenlopende beleidsopties om zorg ook in de toekomst goed te kunnen blijven organiseren. De nota spreekt zich niet uit over de politieke wenselijkheid van beleidsopties, maar heeft als doel om het gesprek met zorgpartijen en andere belanghebbenden te faciliteren. De reacties op deze discussienota gebruiken we om de

Contourennota verder uit te werken. We zijn voornemens de Contourennota in het eerste kwartaal van 2021 naar de Tweede Kamer te sturen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over het vasthouden aan de marktwerking in de zorg.

Ik vind het belangrijk dat een verzekerde jaarlijks een keuze kan maken voor de zorgverzekering die het beste aansluit bij zijn of haar preferenties en zorgbehoefte. Om een goede keuze te kunnen maken is het voor verzekerden belangrijk dat het polisaanbod overzichtelijk is en dat de verschillen tussen polissen duidelijk zijn. Er moet echt iets te kiezen zijn.

Dit onderwerp heeft mijn voortdurende aandacht. Een monitor van het polisaanbod van 2020 laat zien dat het aantal polissen is afgenomen en dat de polissen meer onderscheidend zijn. Daarom heb ik tijdens het VSO over de 'Monitor van het polisaanbod 2020 en het Risicovereveningsmodel 2021' van 5 november jl. toegezegd om na te gaan of deze goede trend zich ook in 2021 heeft voortgezet. Ik zal uw Kamer hier begin 2021 over informeren.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de noodzaak om vast te houden aan het eigen risico.

Het eigen risico zorgt voor medefinanciering van zorg en leidt tot kostenbewustzijn van zorggebruikers. Aan de afschaffing van het eigen risico zijn de nodige kosten verbonden. In totaal betalen Nederlandse verzekerden nu € 3,2 miljard aan eigen risico. Bij afschaffing van het eigen risico moeten deze zorgkosten via de nominale premie betaald worden. Dat zou betekenen dat de premie met ongeveer € 300 per jaar per verzekerde stijgt. Daar bovenop zullen mensen meer gebruik gaan maken van zorg. Bij het afschaffen van het eigen risico lopen die extra zorgkosten op naar € 2,1 miljard in 2021. Deze extra zorgkosten zullen we gezamenlijk moeten opbrengen, via hogere nominale premies en een hogere inkomensafhankelijke bijdrage (IAB). Ook zullen de werkgeverslasten via de IAB met ruim € 1 miljard stijgen.

De zorgtoeslag stijgt bij afschaffing van het eigen risico met maximaal € 68. Omdat de premie met veel meer stijgt, is het afschaffen van het verplicht eigen risico erg nadelig voor gezonde lage inkomens. Dit vind ik niet gewenst. Het kabinet heeft ervoor gekozen het eigen risico tot en met 2021 te bevriezen op € 385 per verzekerde.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over dat één van de geleerde lessen uit de coronacrisis zou moeten zijn dat ons zorgsysteem niet bestand is tegen dergelijke crisissen.

De covid-19 crisis is een zeer uitzonderlijke situatie waarin er heel veel gevraagd wordt van de zorg. Dat de zorg zijn grenzen kent, is in een dergelijke situatie niet meer dan logisch. Afgelopen periode heeft ook aangetoond wat juist binnen dit systeem de mogelijkheden zijn. Alle partijen in de zorg hebben laten zien te beschikken over een grote flexibiliteit en groot aanpassingsvermogen, waarbij nauw wordt samengewerkt. Uiteraard kunnen we altijd lessen leren over hoe het beter kan en ik vind het belangrijk dat we kritisch naar die lessen kijken. Sinds de eerste golf zijn we hier ook al mee bezig.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de zorgen die naar aanleiding van de Houtskoolschets Acute Zorg zijn ontstaan over het verdwijnen van de zorg in de regio.

Ik onderschrijf dat toegankelijkheid tot de acute zorg van groot belang is. De Houtskoolschets Acute Zorg schetst een invulling van de toekomstige inrichting en financiering van de acute zorg.

Dat beeld is gebouwd op zes pijlers, namelijk voorkomen van acute zorg, regionale meldkamers voor niet-levensbedreigende acute zorg, meer acute zorg thuis, integrale spoedposten, concentratie van hoogcomplexiteit of levensbedreigende acute zorg en traumacentra. Tot 1 januari hebben betrokkenen en belangstellenden de mogelijkheid om in een openbare internetconsultatie te reageren op de Houtskoolschets. De reacties zal ik bundelen, samenvatten en aanbieden aan uw Kamer. Ik streef ernaar uw Kamer voor het verkiezingsreces te informeren. Vervolgens zal het beeld nader worden uitgewerkt en regionaal worden vertaald.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de uitwerking van de moties die zijn ingediend bij het notaoverleg TWM over wanneer mondkapjes een plek krijgen op de routekaart en over hoe wordt omgegaan met mensen die geen mondkapje kunnen dragen.

In de komende voortgangsbrief over ontwikkelingen rond het coronavirus zullen wij de stand van zaken opnemen over deze twee moties. In de aankomende herziene versie van de routekaart zullen wij opnemen hoe de mondkapjesplicht in de routekaart past en wanneer de mondkapjesplicht geldt.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over een onafhankelijk geneesmiddelenfonds voor onafhankelijk publiek onderzoek.

Eerder heeft mijn ambtsvoorganger Schippers aan uw Kamer (Kamerstukken 2017/18, 29477, nr. 443) laten weten dat de schattingen van de ontwikkeling van een nieuw geneesmiddel uiteen lopen van € 100 miljoen tot 2,3 miljard. Een onafhankelijk geneesmiddelenfonds voor volledig publieke geneesmiddelenontwikkeling zal daarom vele honderden miljoenen euro's moeten omvatten om tot een resultaat te komen en vind ik niet realistisch. Dit neemt niet weg dat ik wel een meerwaarde zie voor publiek onderzoek in de vroege fasen van de ontwikkeling van geneesmiddelen of voor de ontwikkeling van specifieke producten. Ik zie ook een toegevoegde waarde van een goede samenwerking tussen publieke en private partijen in de ontwikkeling van geneesmiddelen voor ziekten die maatschappelijk relevant zijn. Indien private partijen de kennis uit publiek gefinancierd onderzoek verder gaan ontwikkelen tot een geneesmiddel verwacht ik dat de principes van Maatschappelijk Verantwoord Licentiëren worden toegepast en dat deze mede zullen leiden tot effectieve beschikbaarheid van een geneesmiddel, waaronder een maatschappelijk aanvaardbare prijs.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over de daklozenopvang.

Het gaat mij aan het hart dat er mensen zijn die buiten slapen. Dat is precies de reden waarom ik me de afgelopen jaren met hart en ziel heb ingezet voor dakloze mensen. Iedereen die volgens de Wmo in aanmerking komt voor een plek in de opvang, moet deze plek ook daadwerkelijk krijgen. Dat is het uitgangspunt. Dat geldt niet alleen in de winter, maar het hele jaar. Het gaat hier om een kwetsbare groep mensen die hulp nodig heeft om hun leven weer op de rails te krijgen. Dat is ook de reden dat ik voor de jaren 2020 en 2021 € 200 miljoen extra beschikbaar heb gesteld voor de aanpak van dak- en thuisloosheid en dat ik het actieprogramma dak- en thuisloze jongeren ben gestart.

Ik denk echter dat de leden Renkema (Groenlinks) en Van Gerven (SP) doelen op de mensen die elk jaar alleen tijdens de winterkouderegeling toegelaten worden tot de maatschappelijke opvang, de 'niet-rechthebbende daklozen'. Vanuit humanitair oogpunt heb ik in maart en november van dit jaar, toen het advies gold 'blijf thuis', gemeenten opgeroepen ook deze mensen op te vangen — ondanks dat het RIVM heeft aangegeven het niet aannemelijk is dat er op straat een groter risico op verspreiding van COVID-19 is onder dak- en thuislozen dan in de opvang. Zij hebben immers geen thuis, waar ze binnen kunnen blijven.

Dus als de winterkouderegeling van kracht is of wanneer de oproep van het kabinet is: 'blijf thuis' worden deze mensen, die daar normaal gesproken geen recht op hebben, toch opgevangen. Ondertussen werkt het Kabinet aan structurele oplossingen om deze mensen goed te helpen, bijvoorbeeld via het aanjaagteam bescherming arbeidsmigranten. Ook kunnen uitgeprocedeerde asielzoekers zich nog steeds wenden tot de voorzieningen in de asielketen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over het nu leveren van structurele waardering voor zorgverleners.

Via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling wordt weldegelijk extra geld beschikbaar gesteld voor hogere lonen in de zorg. Voor 2021 gaat het – bij huidige inzichten met betrekking tot ontwikkeling van de lonen en sociale lasten in de markt – om circa 1 miljard euro structureel. De salarissen in de zorg zijn de afgelopen jaren meegestegen met de salarisontwikkeling in de markt en zelfs veelal daar wat boven uitgekomen. Ook voor 2020 en 2021 zijn behoorlijke cao-loonstijgingen afgesproken. Zo zijn de cao-lonen in de ziekenhuizen en ambulancezorg per 1 januari 2020 met 5% gestegen en gaan ze per 1 januari 2021 met nog eens 3% omhoog. Bovenop de reguliere loonstijgingen krijgen zorgmedewerkers van wie een uitzonderlijke inspanning wordt gevraagd tijdens de COVID-crisis als waardering een bonus. Hiervoor is in 2020 en 2021 tezamen

zo'n 3 miljard euro beschikbaar. Verder stelt het kabinet de komende jaren aanvullende middelen beschikbaar oplopend tot 130 miljoen euro per jaar vanaf 2023 voor een brede aanpak gericht op aantrekkelijk werken in de zorg. Bij deze aanpak ligt de focus op het verminderen van de werkdruk, meer loopbaanperspectief voor medewerkers, verbetering van contracten (betere roostering, grotere contractomvang) en meer regie en zeggenschap. Daarnaast vraagt het kabinet de Sociaal-Economische Raad om een verkenning te laten uitvoeren gericht op specifieke knelpunten én kansen die bij kunnen dragen aan instroom, behoud, werkplezier en waardering in de brede zin van het woord. Ook als het gaat om arbeidsvoorwaarden. Gegeven de economische ontwikkelingen en onzekerheden zie ik op dit moment geen ruimte voor het beschikbaar stellen van extra financiële middelen bovenop de ruimte die reeds extra wordt gegeven.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over zorgbuurthuizen zodat mensen in hun eigen buurt oud kunnen worden.

Er zijn vele kleinschalige initiatieven die van de grond komen. Voorbeelden hiervan zijn Anna Paulowna (Polderhofje), de Knarrenhof in Zwolle, Oosterburen in Den Bosch, in Austerlitz, en Olst. Ook zijn er in 2020 tot 1 november in het kader van de Stimuleringsregeling Wonen en Zorg 48 aanvragen voor haalbaarheidsonderzoek naar nieuwe kleinschalige initiatieven ingediend, waarvan 38 zijn toegekend en nog 3 in behandeling zijn. Dit zijn initiatieven die vanuit de bewoners en sociale ondernemers zelf komen. Wel wijken deze mogelijk af van de zorgbuurthuizen zoals de SP die voor zich ziet.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op bovenstaande vraag van het Kamerlid Hijink (SP) over de zorgbonus:

De bonus komt voort uit de motie van mw. Van Kooten-Arissen (Kamerstukken 2019/2020, 25 295, nr.171) en was bedoeld als blijk van waardering voor mensen die bijzondere inzet hebben gepleegd voor covid-19 patiënten, dan wel in de strijd tegen covid-19 en niet als generiek inkomensinstrument voor iedereen werkzaam in de zorg. Hadden we iedereen in 2020 een bonus gegeven, dan waren de extra kosten nog eens ongeveer 1/2 miljard geweest. Om u een idee te geven, met het totale bedrag van 3 miljard euro dat we voor de bonus in 2020 en 2021 uitgeven, bedragen de totale kosten van de bonus ruim 200 euro per volwassen Nederlander. Ik ga in gesprek met de sector om te bezien hoe kan worden gekomen tot een bonusregeling die recht doet aan de waardering voor de zorgprofessional in de strijd tegen covid-19 en die binnen het budgettaire kader van 720 miljoen voor 2021 blijft. De komende periode werken wij de uitvoering van de bonusregeling 2021 verder uit. Ik zal hier begin 2021 op terug komen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over bevolkingsonderzoek borstkanker.

Het verlengen van de interval tussen borstkankerscreeningen naar maximaal 3 jaar is een moeilijk besluit geweest. Al voordat de Covid-19 pandemie startte liepen de achterstanden door personeelstekorten in meerdere regio's op. Ik heb uw Kamer daarover op 20 september 2019 geïnformeerd (Kamerstuk 32 793, nr. 445). De Covid-19 pandemie heeft dat in een stroomversnelling gebracht. Het bevolkingsonderzoek lag in het voorjaar enkele maanden stil. Sinds de heropstart zijn maatregelen nodig om te borgen dat cliënten anderhalve meter afstand van elkaar kunnen houden. Daardoor kan het bevolkingsonderzoek zo lang de pandemie voortduurt niet op volle kracht draaien. De achterstanden zullen daardoor helaas blijven oplopen. Ik wil niet mijn ogen sluiten voor dit probleem en ik wil het ook niet voor mij uitschuiven. Deze ingreep is onontkoombaar.

Ik wil uiteraard met u ook dat vrouwen zo snel mogelijk weer kunnen rekenen op een twee jaarlijkse screening. Om daar te komen moeten extra screeningslaboranten geworven en opgeleid

worden. Daarnaast proberen we personeel te behouden met gunstige arbeidsvoorwaarden. En zo lang de COVID-19 pandemie duurt zetten we alles op alles om de schaarse capaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten, ook als dat onorthodoxe oplossingen vraagt. We plaatsen bijvoorbeeld extra portocabins om meer fysieke ruimte te organiseren.

Om extra personeel te kunnen opleiden verleng ik nu tijdelijk de interval termijn naar maximaal 3 jaar. Dat schept ruimte om bestaande capaciteit in te zetten voor het opleiden van nieuwe collega's. Daarmee pak ik het probleem bij de wortel aan. De opleiding duurt 2 jaar en daarmee is het personeelsbestand op zijn vroegst in 2023 op "oorlogssterkte". Daar zet ik hard op in, maar zo lang de COVID-19 pandemie duurt kan dit ook vertraging opleveren in het opleiden. Als het personeelsbestand op volle sterkte is dan kunnen we de achterstanden die in de tussentijd zijn opgelopen gaan inhalen om zo snel mogelijk terug te gaan naar een interval van 2 jaar. Er zijn te veel onzekerheden om nu te kunnen voorspellen wanneer dat lukt, maar uw Kamer kan ervan uitgaan dat ik hiervoor alles uit de kast haal. Ik zal uw Kamer elk half jaar informeren over de voortgang.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over het 'casher door Big Farma' in de coronacrisis.

Het is waardevol dat de industrie een bijdrage levert aan het beheersen van deze crisis door vaccins en medicijnen te ontwikkelen die mogelijk kunnen bijdragen aan de behandeling van COVID-19 patiënten, de zorg ontlasten of de verspreiding van het virus kunnen tegengaan. Uiteraard hecht ik eraan dat er verantwoorde en aanvaardbare prijzen worden gerekend. Bij de vaccins hebben enkele bedrijven aangegeven tegen kostprijzen te willen leveren. Het is toe te juichen als andere bedrijven dat voorbeeld volgen. Over het voorbeeld van het medicijn van Gilead kan ik aangeven dat dit middel via de zg. Joint Procurement procedure van de Europese Commissie is ingekocht.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over mondzorg bij mensen in de schuldsanering.

Ik vind het onwenselijk dat mensen om financiële redenen de tandzorg uitstellen. Ten algemene vind ik het belangrijk om te noemen dat dit kabinet zich inzet om problematische schulden te voorkomen en op te lossen, samen met gemeenten en veel andere partijen, zoals zorgverzekeraars. Zo is er in het actieplan 'Brede schuldenaanpak' aandacht voor de samenhang tussen schulden en gezondheid. Ook is de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening gewijzigd, zodat gemeenten vanaf 1 januari 2021 signalen ontvangen van zorgverzekeraars, woningcorporaties en nutsbedrijven over beginnende betalingsachterstanden, zodat vroegtijdig hulp kan worden geboden.

Het is belangrijk dat de schuldhulpverlener bij het afstemmen van de inkomsten en uitgaven ook kijkt naar een passende zorgverzekering. Bijvoorbeeld op basis van instrumenten, zoals de Voorzieningswijzer en de Poliswijzer. Dit kan ook de gemeentepolis zijn waar de aanvullende zorgverzekering onderdeel van is en een gereduceerde premie voor wordt betaald. Bij bijstandsgerechtigden wordt deze premie regelmatig ingehouden en doorbetaald aan de zorgverzekeraar om betalingsachterstanden te voorkomen.

De aanvullende zorgverzekering wordt door de zorgverzekeraar stopgezet bij een betalingsachterstand van de zorgpremie. Het is van belang dat bij een betalingsachterstand van de zorgpremie contact wordt opgenomen met de zorgverzekeraar om een betalingsregeling af te spreken. Wanneer de aanvullende zorgverzekering vervolgens weer wordt hersteld, verschilt per zorgverzekeraar.

Indien nodig kunnen gemeenten mensen waar nodig ook bijstaan met bijzondere bijstand. De bijzondere bijstand is bijvoorbeeld bedoeld als iemand onverhoopt tegen noodzakelijke kosten aanloopt die diegene niet direct kan betalen en ook niet worden gedekt door een andere regeling. Via de bijzondere bijstand kan iemand een eenmalige uitkering krijgen waarmee de kosten alsnog voldaan worden. Bijvoorbeeld voor de kosten van noodzakelijke tandzorg.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over of de staatssecretaris bereid is het onrecht rondom de Indische kwestie, specifiek wat betreft de weduwen, te herstellen?

Wat betreft de uitgevoerde Backpay-regeling voor mensen uit voormalig Nederlands-Indië ben ik doordrongen van het feit dat de 'pijn' vooral zit bij de vrouwen die voor de peildatum van 15 augustus 2015 hun man hebben verloren. Ook ik zie de pijn, net als de heer Van Gerven. Mede om die reden heb ik €20 miljoen extra beschikbaar gesteld aan de Indisch-Molukse gemeenschap in het kader van de collectieve erkenning. De afgelopen tijd heb ik gesprekken gevoerd met organisaties en mensen uit de gemeenschap over de invulling van die extra middelen. Zoals ik de Kamer eerder informeerde ging het in die gesprekken veel over de toekomst en deelnemers benadrukten - jong en oud - heel breed het belang van educatie. Het onderwerp dat de heer Van Gerven benoemt, kwam in die gesprekken ook een enkele keer aan bod.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen conform het advies van het Capaciteitsorgaan.

Een reactie op het capaciteitsplan is in voorbereiding. Ik streef ernaar u de reactie op het capaciteitsplan voor het Kerstreces te doen toekomen. Tandheelkunde is een initiële opleiding die onder OCW valt. De reactie op dit onderdeel van het advies van het Capaciteitsorgaan wordt daarom door de minister van OCW opgesteld.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over preventie en het investeren in GGD-en en de capaciteit op orde brengen.

Over de reguliere financiering van GGD'en maken gemeenten goede afspraken met hun GGD. Ten tijde van het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid is door AEF onderzoek gedaan naar taken, mensen en middelen van de GGD'en met als titel «GGD'en in beeld». Mijn voorganger heeft uw Kamer in de brief van 12 september 2017 dit onderzoek toegestuurd (Kamerstukken 32 793, nr. 277). Uit dit onderzoek bleek onder andere dat alle GGD'en de taken uit de Wet publieke gezondheid (Wpg) goed kunnen uitvoeren. Ook bleek uit dat onderzoek dat zij goed ingericht zijn op veranderende omstandigheden en innovatie.

Wat betreft de meerkosten die de GGD-en nu hebben in verband met de COVID-19 aanpak: de financiering van deze kosten loopt via de VWS-begroting. Concreet betekent dit, dat GGD-en voorschotten kunnen aanvragen voor de vergoeding van de meerkosten conform de definities uit de rapporten die het AEF-bureau voor maatschappelijke vraagstukken heeft opgesteld voor de GGD-en. Definitieve vaststelling van de voorschotten vindt plaats op basis van een einddeclaratie die is voorzien van een goedgekeurde jaarrekening inclusief de accountantsverklaring van de huisaccountant.

Mede op basis van de ervaringen met covid-19 zal het kabinet in overleg gaan met gemeenten en GGD'en over de toekomstige organisatie van de GGD. Te zijner tijd zal ik uw Kamer hierover informeren.

Wat betreft de blik op de toekomst en de rol van preventie hierin, verwijs ik u naar de discussienota Toekomst voor de Zorg die medio december wordt gepubliceerd en in consultatie wordt gebracht.

Ik zal het rapport "nu investeren in de GGD" dat u vandaag heeft gepubliceerd, nader bestuderen en bij de hierboven genoemde discussienota betrekken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over de rol van het Zorginstituut bij het standpunt hooggebergtebehandeling

Het Zorginstituut beoordeelt of behandelingen voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Dit is een wettelijke taak van het Zorginstituut waarmee wordt bevorderd dat alleen zorg in het basispakket zit die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Als het Zorginstituut een negatief standpunt uitbrengt, dan betekent dit dat die behandeling dus geen verzekerde zorg is. Het Zorginstituut hanteert bij standpunten een uitgebreide en zorgvuldige handelwijze waarbij alle relevante wetenschappelijke gegevens meegenomen en gewogen worden. Daarbij adviseert de Wetenschappelijke Advies Raad van het Zorginstituut over de kwaliteit van de data en het wetenschappelijk onderzoek. De WAR bestaat uit een groep gerenommeerde wetenschappers en experts als het gaat om de medische wetenschap. Daarmee is een zorgvuldige wetenschappelijke procedure geborgd.

Omdat de meerwaarde niet is aangetoond, wordt hooggebergtebehandeling sinds het ingaan van het standpunt van het Zorginstituut op 10 december 2019, niet langer vergoed. Het Zorginstituut heeft daartoe de afgelopen tien jaar samen met de relevante veldpartijen een traject doorlopen. Het Zorginstituut heeft over het proces om te komen tot dit standpunt zorgvuldig verslag gedaan, hetgeen aan uw Kamer is verzonden.

Tot slot heeft het Zorginstituut een evaluatie door een onafhankelijk bureau toegezegd naar het proces rondom de totstandkoming van het standpunt hooggebergtebehandeling. Long Alliantie Nederland, longartsenvereniging NVALT en longpatiëntenverenigingen zijn gevraagd om input te leveren op de onderzoeksopdracht en zitting te nemen in de begeleidingscommissie. Ook wordt de duiding van hooggebergtebehandeling door het Zorginstituut betrokken bij de Kaderwetevaluatie die focust op de doeltreffendheid en doelmatigheid van het Zorginstituut. Deze ontvangt u rond het kerstreces. Ik verwacht dat het proces daarmee voldoende geëvalueerd is.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Gerven (SP) over of de minister bereid is om de Houtskoolschets Acute Zorg in te trekken.

De houtskoolschets acute zorg is geschreven omdat we niet niks kunnen doen: het is soms te druk of juist te stil op de spoedeisende hulp, het is onvoldoende duidelijk waar je soms heen moet, er wordt te weinig integraal samengewerkt en het is moeilijk om steeds voldoende zorgprofessionals te vinden voor de gehele acute zorgketen. Het oplossen van deze vraagstukken vraagt om een andere inrichting, organisatie en bekostiging van het acute zorglandschap. Ik vind het van belang dat de houtskoolschets kan rekenen op draagvlak bij betrokkenen. Ik ben daarom een consultatietraject gestart, zodat iedereen zijn visie op het acute zorglandschap kan geven.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) om een uitgebreide reactie te geven over de ervaringen van de eerste/tweede golf, de duur en het perspectief.

Ook in de tweede golf zijn er weer mensen in verpleeghuizen besmet geraakt. Maar, doordat er ten opzichte van het voorjaar meer getest kan worden, zijn de besmettingen eerder zichtbaar en kunnen zorginstellingen sneller passende maatregelen treffen. Daarnaast is ook een aantal andere randvoorwaarden verbeterd en is de sector zelf beter voorbereid. De situatie is dan ook niet vergelijkbaar met het voorjaar. Dit geven zorgaanbieders ook aan, zij hebben meer grip op de

situatie. Wat betreft de randvoorwaarden, zijn er nu voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, ook voor preventief gebruik. De testcapaciteit was eerder nog krap, maar is inmiddels op orde. Verder is de positionering van de verpleeghuiszorg zowel regionaal als landelijk versterkt. De Verpleging, Verzorging en Thuiszorgsector (VVT) is beter aangesloten bij het Regionaal Overleg Acute Zorg en er is veelvuldig overleg op landelijk niveau. Ten slotte is het dashboard uitgebreid, o.a. met informatie per regio.

De zorgaanbieders zelf hebben zich beter voorbereid op basis van de ervaringen en de geleerde lessen tijdens de eerste golf. Hierop ben ik uitgebreid ingegaan in mijn brief van 16 juli van dit jaar. Dit was ook naar aanleiding van de motie-Marijnissen/Bergkamp (Kamerstukken 2019-2020, 25 295 nr. 396. Door de eerste golf werden we allemaal overvallen. Daarom was het ook belangrijk om lessen te formuleren. Dat heb ik samen met diverse onafhankelijk deskundigen gedaan. Ik heb daarin aangegeven dat het ging om:

- De basisveiligheid op orde in alle verpleeghuizen.
- Ondersteuning bieden aan de zorgaanbieders die dat willen en nodig hebben
- Een goede positionering van de verpleegzorg in het regionaal en landelijk overleg
- Voldoende zorgverleners
- Financieel comfort voor de continuïteit
- Signalering, analyse en interventie
- Sneller en gericht testen
- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen
- En een evenwichtige en gedifferentieerde bezoeksregeling.

Ik zie dat de sector belangrijke stappen vooruit heeft gezet.

Enkele voorbeelden:

- De zorgaanbieders hebben meer kennis hebben opgebouwd en protocollen waar nodig geactualiseerd.
- Ik heb het programma 'Leren van elkaar' vormgegeven om de zorgaanbieders waar nodig te ondersteunen. De *Antibioticaresistentie-netwerken* ABR netwerken, de GGD'en, de Academische Werkplaatsen, Actiz en 'Waardigheid en Trots op locatie' hebben de kennis en goede voorbeelden samengebracht in een wegwijzer die zorgaanbieders helpt om het virus buiten de deur te houden of hanteerbaar te maken. Deze wegwijzer is ruim 1000 keer gedownload. Ruim 80 locaties hebben een beroep gedaan op ondersteuning bij de toepassing van deze wegwijzer.
- Bij een uitbraak sluiten de zorgaanbieders slechts de kleinst afsluitbare eenheid van de locatie en dan zo kort mogelijk.

Voldoende zorgverleners is het voornaamste zorgpunt op dit moment. Zorgaanbieders bieden hun zorgverleners hulp, bijvoorbeeld via geestelijke bijstand en teamreflectie. Daarnaast nemen zorgaanbieders tal van initiatieven om meer mensen voor de verpleegzorg te werven. Ik help de sector daar op verschillende manieren bij. Ten slotte heb ik u onlangs geïnformeerd dat de verpleeghuiszorg als prioritair geldt in de vaccinatiestrategie.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de effectiviteit van de regeling voor medisch specialisten om in loondienst te gaan.

In totaal hebben 475 medisch specialisten van de regeling gebruik gemaakt, het grootste deel in 2015 toen integrale tarieven werden ingevoerd. In de evaluatie van de subsidieregeling (Kamerstukken 2019/2020, 35 000 XVI, nr. 134) wordt geconcludeerd dat het subsidiegeld nog effectiever kan worden ingezet door gelijkgerichtheid ook op andere manieren te bevorderen. Zoals ik in mijn brief van 27 november jl. over het bevorderen van gelijkgerichtheid (Kamerstukken 2020/2021, 29 248, nr. 325) ook schrijf, wordt dit advies ter harte genomen, maar wordt tegelijkertijd wel ingezet op de overstap naar loondienst. In april van dit jaar is de regeling daarom verlengd voor 2020 en 2021, waarbij er plek is voor nog eens 80 medisch specialisten om over te stappen. Omdat de verlenging van de regeling viel in de eerste golf van de covid-19-crisis is de regeling niet actief onder de aandacht gebracht van medisch specialisten. Voor 2021 zal ik de

regeling, als dit passend is binnen de omstandigheden op dat moment, wel bij hen onder de aandacht brengen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) of de minister met de landsadvocaat de juridische en financiële consequenties wil bespreken van de overstap van een vrijgevestigde medisch specialist naar loondienst.

In het huidige hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 is vastgelegd dat de vrije keuze van medisch specialisten om te werken in dienstverband of als vrije beroepsbeoefenaar gehandhaafd blijft. Ook in de geest van het regeerakkoord is er geen sprake van inzet op één model en gaat het om het bevorderen van gelijkgerichtheid.

Belangrijk is het bieden van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor de patiënt. Hier kan gelijkgerichtheid van het belang van het ziekenhuis en van de medisch specialist aan bijdragen. Het helpt wanneer de juiste condities aanwezig zijn voor die gelijkgerichtheid – en dus samenwerking – tussen ziekenhuisbestuur en medisch specialisten en tussen medisch specialisten onderling. Ik vind het belangrijk dat ziekenhuizen en medisch specialisten samen daaraan werken. Ik zie geen toegevoegde waarde om nu in dit kader de landsadvocaat in te schakelen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over het evalueren van het afschaffen van de Wtcg en de Cer, compensatie van het eigen risico en de stapeling van zorgkosten bij chronische zieken en gehandicapten

Per 2014 zijn de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de compensatie eigen risico (Cer) afgeschaft. De fiscale aftrekmogelijkheden voor zorgkosten is in aangepaste vorm voortgezet en daarnaast is via het Gemeentefonds geld ter beschikking gesteld aan gemeenten (structureel € 268 miljoen vanaf 2017), ten behoeve van financieel maatwerk. Gemeenten zijn vrij om te bepalen op welke wijze en in welke mate zij deze middelen inzetten, bijvoorbeeld een financiële tegemoetkoming aan mensen die vanwege een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen aannemelijke meerkosten hebben, een gemeentepolis aanbieden of individuele bijzondere bijstand verlenen. Er bestaat een gemeentelijke monitor sociaal domein (GMSD). De gegevens uit de GMSD geven gemeenten inzicht in hun prestaties op het sociaal domein, ook in vergelijking met andere gemeenten. Deze inzichten kunnen behulpzaam zijn bij het leerproces van gemeenten en dragen bij aan de horizontale verantwoording (aan de gemeenteraad).

Op 12 oktober 2020 (Kamerstukken 2019/2020, 29 689, nr. 1081) heb ik twee onderzoeken naar de Kamer gestuurd die specifiek kijken naar de maatregelen die gemeenten nemen om te zorgen dat mensen hun zorgkosten kunnen betalen. Volgende week organiseert VWS een digitale conferentie waarin de nieuwe inzichten onder de aandacht gebracht worden van gemeenten. Zoals toegezegd zal ik u daar na afloop over informeren. Ik acht het niet zinvol om daarnaast nog een evaluatie uit te voeren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Diertens (D66) over de vaccinstrategie.

In mijn brief van 20 november jl. heb ik uiteengezet welke stappen er zijn genomen om snel te kunnen starten met vaccineren op het moment dat vaccins beschikbaar en goedgekeurd zijn. Daarin is tevens de hoofdroute die het kabinet hanteert, neergelegd. Het kabinet kiest ervoor de eerste vaccins beschikbaar te stellen aan bewoners van verpleeghuizen, instellingen in de gehandicaptenzorg en medewerkers van deze zorginstellingen. Eerder deze week is bekend geworden dat de EMA start met de beoordeling van de registratiedossiers van 2 vaccins. De EMA zal uiterlijk op 29 december uitsluitend geven over het eerste vaccin (Biontech/Pfizer). Pas op het moment dat de vaccins worden goedgekeurd, weten we dat de vaccins veilig, effectief en geschikt zijn voor welke doelgroepen. De logistieke eigenschappen en de wijze van levering hebben

gevolgen voor de exact te volgen strategie. Ook het precieze aantal vaccins wat steeds beschikbaar komt, heeft daar impact op. Onze aanpak en strategie moeten daarom wendbaar zijn. We zijn in intensief gesprek met diverse uitvoerende partijen die een bijdrage leveren aan de uitvoering van de vaccinatiestrategie. Samen werken we de scenario's uit. Ik informeer u over de meest actuele informatie voor het komende COVID-debat. Ik benadruk nogmaals dat in de week van 4 januari starten echt het meest gunstige scenario betreft, dat afhankelijk is van vele factoren.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Diertens (D66) over een kabinetsreactie op de initiatiefnota "Gezonde Leefstijl".

Ik deel het gedachtegoed van mevrouw Diertens dat gezonde keuzes gemakkelijker moeten worden en dat mensen daarbij ondersteund moeten worden. Ik dank haar alvast voor de inspanning om tot deze initiatiefnota te komen. Ik zeg haar graag een kabinetsreactie hierop toe en streef ernaar die voor het NO Preventie op 1 februari aan uw Kamer te sturen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) of de visie van D66 op zorg worden meegenomen in toekomstige plannen, zoals contourennota en ouderenvisie.

Op dit moment werken we aan de discussienota 'Zorg voor de Toekomst', die dient als start van een consultatie met het veld over wat er voor nodig is om de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg te verbeteren. Deze discussienota bevat uiteenlopende beleidsopties om zorg ook in de toekomst goed te kunnen blijven organiseren. De nota spreekt zich niet uit over de politieke wenselijkheid van beleidsopties, maar heeft als doel om het gesprek met zorgpartijen en andere belanghebbenden te faciliteren. Over twee weken starten we een brede veldconsultatie. De opbrengsten hiervan gebruiken we om de Contourennota verder uit te werken. We zijn voornemens de Contourennota in het eerste kwartaal van 2021 naar de Tweede Kamer te sturen. Ook starten we een dialoog ten behoeve van de ouderenvisie. Tot medio maart willen we een eerste consultatie uitvoeren aan de hand van een Dialoognota 20-40. Daarna komen we, nog steeds in dialoog met belanghebbenden en het veld, tot een beleidsagenda. Daarbij kunnen ook andere bronnen en ideeën worden betrokken, zoals genoemde visie.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de stand van zaken van de aanbevelingen van het interdepartementaal beleidsonderzoek mensen met een licht verstandelijke beperking.

In de kabinetsreactie (Kamerstuk 2019/2020, 24 170, nr. 198) op het interdepartementaal beleidsonderzoek mensen met een licht verstandelijke beperking heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beschreven hoe de aanbevelingen worden opgevolgd. Gezamenlijk met partijen uit het veld wordt hieraan uitvoering gegeven. Zo is samen met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een onderzoeksbureau opdracht gegeven om onderzoek te doen naar hoe waakvlamondersteuning door gemeenten wordt ingezet voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Dit sluit aan bij de aanbevelingen ten aanzien van preventie en integrale ondersteuning. Door Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland wordt een strategiekits ontwikkeld die gemeenten kan helpen om hun dienstverlening aan mensen met een licht verstandelijke beperking te verbeteren. Dit sluit aan bij de aanbevelingen passende communicatie en betere toerusting van professionals. Ook met de andere aanbevelingen ben ik aan de slag.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de inzet van extra inkomsten uit de export van medicinale cannabis voor verder onderzoek naar de werking van medicinale cannabis.

Voor de subsidie van het onderzoek van het LUMC en het CHDR (Centre for Human Drug Research) naar de pijnstillende werking van medicinale cannabis bij patiënten met zenuwpijn zijn extra inkomsten uit export van medicinale cannabis gebruikt. Ik ga mij ervoor inzetten dat ook verdere extra inkomsten uit export van medicinale cannabis voor verder onderzoek ingezet kunnen worden. Ik kom daar in het voorjaar op terug na afronding van de begrotingsbesluitvorming.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over verder onderzoek naar de werking van medicinale cannabis.

Via ZonMw is recent subsidie verleend aan een wetenschappelijk onderzoek van het LUMC en het CHDR (Centre for Human Drug Research) naar de pijnstillende werking van medicinale cannabis bij patiënten met zenuwpijn en voor welke patiënten met zenuwpijn cannabis optimaal werkt. Voor deze subsidie zijn extra inkomsten uit export van medicinale cannabis gebruikt. Ik onderschrijf het belang van verder onderzoek om de werking van medicinale cannabis wetenschappelijk aan te tonen bij specifieke patiëntengroepen. ZonMw heeft haar verkenning naar de mogelijke invulling van een tweede onderzoeksprogramma onlangs afgerond. Ik zal de uitkomsten ervan naar uw Kamer sturen. De uitkomsten van deze verkenning zijn aanleiding om met het Bureau voor Medicinale Cannabis en ZonMw verder in gesprek te gaan over wat mogelijk is. Wel moet nog goed worden gekeken welke financiële middelen hiervoor kunnen worden gebruikt.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vragen van het Kamerlid Diertens (D66) over kanker.

Het verlengen van de interval tussen borstkankerscreeningen naar maximaal 3 jaar is een moeilijk besluit geweest. Al voordat de Covid-19 pandemie startte liepen de achterstanden door personeelstekorten in meerdere regio's op. Ik heb uw Kamer daarover op 20 september 2019 geïnformeerd (Kamerstuk 32 793, nr. 445). De Covid-19 pandemie heeft dat in een stroomversnelling gebracht. Het bevolkingsonderzoek lag in het voorjaar enkele maanden stil. Sinds de heropstart zijn maatregelen nodig om te borgen dat cliënten anderhalve meter afstand van elkaar kunnen houden. Daardoor kan het bevolkingsonderzoek zo lang de pandemie voortduurt niet op volle kracht draaien. De achterstanden zullen daardoor helaas blijven oplopen. Ik wil niet mijn ogen sluiten voor dit probleem en ik wil het ook niet voor mij uitschuiven. Deze ingreep is onontkoombaar.

Ik wil uiteraard met u ook dat vrouwen zo snel mogelijk weer kunnen rekenen op een twee jaarlijkse screening. Om daar te komen moeten extra screeningslaboranten geworven en opgeleid worden. Daarnaast proberen we personeel te behouden met gunstige arbeidsvoorwaarden. En zo lang de COvid-19 pandemie duurt zetten we alles op alles om de schaarse capaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten, ook als dat onorthodoxe oplossingen vraagt. We plaatsen bijvoorbeeld extra portocabins om meer fysieke ruimte te organiseren.

Om extra personeel te kunnen opleiden verleng ik nu tijdelijk de interval termijn naar maximaal 3 jaar. Dat schept ruimte om bestaande capaciteit in te zetten voor het opleiden van nieuwe collega's. Daarmee pak ik het probleem bij de wortel aan. De opleiding duurt 2 jaar en daarmee is het personeelsbestand op zijn vroegst in 2023 op "oorlogssterkte". Daar zet ik hard op in, maar zo lang de Covid-19 pandemie duurt kan dit ook vertraging opleveren in het opleiden. Als het personeelsbestand op volle sterkte is dan kunnen we de achterstanden die in de tussentijd zijn opgelopen gaan inhalen om zo snel mogelijk terug te gaan naar een interval van 2 jaar. Er zijn te veel onzekerheden om nu te kunnen voorspellen wanneer dat lukt, maar uw Kamer kan ervan uitgaan dat ik hiervoor alles uit de kast haal. Ik zal uw Kamer elk half jaar informeren over de voortgang.

Een programmatisch bevolkingsonderzoek naar longkanker zoals we dat kennen voor baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker, is inderdaad voor longkanker niet haalbaar omdat de doelgroep voor een dergelijke screening zich niet laat selecteren uit de algemene populatie. Anders dan bij de bestaande bevolkingsonderzoeken waar de doelgroep op basis van

leeftijd en geslacht uit de gemeentelijke basisregistratie te halen is zou een doelgroep voor longkankerscreening gedefinieerd moeten worden op basis van rookgedrag. Daar hebben we geen registratie van. Het is aan de betrokken professionals om te bepalen of er alternatieven denkbaar zijn in de reguliere zorg, zoals rokers doorverwijzen voor onderzoek. In het kader van longkankerpreventie richt ik mij op het terugdringen van roken, zoals in het preventieakkoord opgenomen.

In 2019 is het Zonkrachtactieplan (ZAP) opgesteld door het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS. Sindsdien werkt het RIVM met maatschappelijke partners samen om huidkanker te voorkomen. Er wordt in het kader van het ZAP gewerkt aan kennisdeling en kennisontwikkeling. Tevens zorgt het RIVM met de betrokken partners voor een effectieve communicatiestrategie die iedere betrokken partij toepast richting zijn eigen achterban.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de motie homoconversietherapie.

In mijn brief van 10 juni jl. heb ik u toegezegd dat na afronding van het onderzoek het kabinet met een reactie komt. Die reactie zal voorzien zijn van maatregelen die het kabinet wil nemen. Het kabinet wil deze reactie zorgvuldig voorbereiden en daarvoor is nog enige tijd nodig. De beleidsreactie hoop ik u begin 2021 toe te zenden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over de stapeling van de verschillende vormen van eigen bijdragen, wisselwerking ertussen en eventuele perverse prikkels die daarmee samenhangen.

Rond de jaarwisseling komt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met een reactie op de motie van der Staij en Ploumen (Kamerstukken 2019/20, 34 104, nr. 261) over stapeling van zorgkosten, zoals ingediend na het AO Eigen Betalingen in september 2019. Daarnaast doen wij een onderzoek naar de stapeling van de eigen bijdrage voor medische hulpmiddelen en verwachten u eind tweede kwartaal 2021 de uitkomsten toe te kunnen zenden. Wij achten het daarom niet wenselijk om nog een onderzoek uit te zetten.

Het kabinet vindt het belangrijk dat zorg en ondersteuning financieel toegankelijk zijn en blijven voor iedereen. Daarom heeft het kabinet de afgelopen jaren een reeks aan gerichte maatregelen genomen om de eigen bijdragen te verlagen in de Zvw, Wmo en Wlz. Daarmee wordt de stapeling van zorgkosten voor mensen die veel zorg nodig hebben verminderd. Zo is in de Zvw het eigen risico tot en met 2021 bevroren op € 385 per jaar per verzekerde en de eigen betaling voor geneesmiddelen gemaximeerd op € 250 per jaar. In de Wmo is het abonnementstarief van € 19 per maand ingevoerd. De eigen bijdrage voor de Wlz en Wmo beschermd wonen is verlaagd door het halveren van de vermogensinkomensbijtelling van 8 naar 4% en de verlaging van het marginaal tarief van 12,5% naar 10%. De maatregelen komen bovenop bestaande compensatieregelingen om ervoor te zorgen dat iedereen zijn zorgkosten kan betalen, zoals de zorgtoeslag, de instrumenten van gemeenten – zoals gemeentecollectiviteiten, meerkostenregelingen en bijzondere bijstand – en de mogelijkheden bij zorgverzekeraars om bijvoorbeeld het eigen risico gespreid te betalen.

Zorg en ondersteuning aan mensen thuis kan geleverd worden vanuit zowel de Zvw, Wlz als de Wmo. Voor deze zorg en ondersteuning betalen cliënten een eigen bijdrage. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in de afgelopen Algemene Overleggen over de Wmo en het programma Langer Thuis aangegeven dat hij werkt aan een breed visietraject over de ouderenzorg richting 2040. Op basis van demografische, geografische en maatschappelijke ontwikkelingen rond zorg en ondersteuning van ouderen wordt op dit moment gewerkt aan een dialoognotitie over de toekomst van de ouderenzorg 2020-2040, met een scala aan beleidsopties, waaronder opties over eigen betalingen. Deze dialoognotitie zal begin 2021 breed worden geconsulteerd en aangevuld, zodat het bij de formatie van een nieuw kabinet beschikbaar is.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Bergkamp (D66) over wanneer er meer verteld kan worden over de uitbreiding van de PrEP verstrekking

Ik zal u vóór de kerst informeren over de Jaarrapportage PrEP-regeling van het RIVM en eventuele aanpassingen van de regeling.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over wat de minister doet aan het organiseren van de spoedzorg en hoe zij de onrust hierover gaat wegnemen.

Deze zomer is de Houtskoolschets Acute Zorg aan uw Kamer aangeboden. De Houtskoolschets beschrijft een perspectief op een nieuwe inrichting en bekostiging van het acutezorglandschap. Dit is bedoeld als een richtinggevend discussiedocument. Ik onderschrijf dat toegankelijkheid tot de acute zorg van groot belang is. De houtskoolschets bouwt op zes pijlers: het voorkomen van acute zorg, regionale zorgmeldkamers voor niet levensbedreigende acute zorg, meer acute zorg thuis, integrale spoedposten, hoogcomplexen of levensbedreigende acute zorg en traumacentra. Ik vind het van groot belang dat de uiteindelijke inrichting en bekostiging van het acutezorglandschap kan rekenen op draagvlak bij betrokkenen. Daarom is er een consultatietraject gestart. Alle betrokkenen en belangstellenden kunnen daarop reageren tot 1 januari 2021. Daarna zal ik die reacties bundelen, samenvatten en aanbieden aan uw Kamer. Ik streef ernaar dit voor het verkiezingsreces te doen. Daarna zal een aantal onderwerpen uit de Houtskoolschets nader moeten worden verkend, onderbouwd en uitgewerkt. Dat geldt onder andere voor de spoedposten. Dit zal ik samen doen met partijen die zijn betrokken bij de acute zorg. Definitieve besluitvorming is aan het nieuwe kabinet.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over het aanstellen van een bemiddelaar voor de intensieve kindzorg.

Ik wil allereerst onderscheid maken tussen bemiddeling op de inhoud en op de relatie. Op de inhoud is het aan de verpleegkundigen om hun beroepsnorm op te stellen. Dat hebben zij gedaan en daarbij hebben zij verschillende partijen gevraagd om feedback. Die feedback hebben zij zorgvuldig gelezen, maar dat betekent niet dat feedback automatisch is overgenomen. De verpleegkundigen hebben uiteindelijk het laatste woord over hun eigen beroepsnorm. Daarom is bemiddeling op de inhoud, ook bij intensieve kindzorg, niet aan de orde. Ik begrijp bovendien dat het overgrote deel van de betrokken partijen deze handreiking openlijk steunt, of in ieder geval ziet als een grote stap in de goede richting. Onder deze partijen zijn ook vertegenwoordigers van ouders en budgethouders. De handreiking moet nu de kans krijgen om te 'landen' in de praktijk. Daarbij heeft V&VN aangegeven de handreiking in 2021 te evalueren, ook weer met input van de partijen uit het veld. Zij beschouwen de handreiking als levend document. Ik vind het niet aan mij om *mediation* op te leggen aan partijen ten aanzien van hun onderlinge verhoudingen in het proces.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over het aanpassen van het consulttarief door de NZa.

Er zijn goede ervaringen opgedaan met de situatie waarin de patiënt langer op consult bij de huisarts kan komen, zoals in pilots 'meer tijd voor de patiënt'. Daarnaast is er ook door corona ervaring opgedaan met langere consulten. Het huidige bekostigingsmodel is hier op toegesneden want het biedt al de mogelijkheid voor het declareren van één consult van 20 minuten en langer. Er is dus geen noodzaak voor het wijzigen van prestaties en tarieven door de NZa.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over het verbod op CEASE-therapie, de homeopathische behandeling tegen autisme.

Ik heb meerdere keren met Elijah gesproken en zijn vragen zeer serieus genomen. We hebben ons best gedaan dit goed uit te zoeken. Deze week is er een uitgebreid antwoord op Kamervragen van mevrouw Ploumen hierover naar de Kamer gestuurd (2020Z18286).

Een verbod op CEASE-therapie is niet mogelijk, gezien de regelgeving rondom alternatieve zorg en het gebrek aan bewijs van schade door deze therapie. Om te kunnen ingrijpen moet schade wel echt aangetoond zijn bij een persoon. De afgelopen jaren zijn er vrijwel geen meldingen of klachten binnengekomen bij de IGJ.

Ik heb goed gekeken naar andere mogelijkheden die er zijn om toezicht te houden en met betrokken partijen afgesproken wat daar nog beter kan, zoals in mijn brief aangegeven. Ik zie dat er al diverse mogelijkheden zijn om toezicht op het aanbod en de uitvoering van CEASE-therapie uit te voeren, die nog aangescherpt kunnen worden voor wat betreft het toezicht (bij de IGJ) op voorschrijven, bereiden en in voorraad hebben van ongeregistreerde homeopathische middelen.

Ik wil daarnaast bekijken waar we kunnen inzetten op betere informatieverstrekking door reguliere zorgverleners over de alternatieve behandelingen bij autisme bij kinderen. Dit kan in de richtlijnen worden gezet. Daarnaast is meer inzicht in wat CEASE-therapie precies inhoudt nodig voor versterkt toezicht. Ik wil daarom onafhankelijk, wetenschappelijk onderzoek naar de schadelijkheid van de CEASE-therapie laten doen. We zullen hierbij ook zeker alle informatie die Elijah heeft verzameld ter harte nemen. Over de vervolgstappen rondom nader onderzoek en informatieverstrekking hoop ik de Kamer begin volgend jaar nader te kunnen informeren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over de geleerde lessen uit de eerste golf.

In september heb ik uw Kamer een uitgebreide brief (Kamerstukken 19/20 25295, nr. 508) gestuurd over de lessen die geleerd zijn uit de eerste fase. Die lessen, opgesteld op basis van gesprekken met veel verschillende experts, gaan met name in op de inhoud maar daarin komen ook zaken als samenwerking en regie overheid aan de orde. Waar aan de orde passen we deze lessen nu ook toe.

Daarnaast heeft het kabinet in mei aangekondigd dat de Onderzoeksraad voor Veiligheid een uitgebreider onderzoek uitvoert naar de aanpak van de coronacrisis. In dat onderzoek kunnen alle aspecten aan de orde komen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over bevolkingsonderzoek borstkanker.

Het verlengen van de interval tussen borstkankerscreeningen naar maximaal 3 jaar is een moeilijk besluit geweest. Al voordat de Covid-19 pandemie startte liepen de achterstanden door personeelstekorten in meerdere regio's op. Ik heb uw Kamer daarover op 20 september 2019 geïnformeerd (Kamerstuk 32 793, nr. 445). De Covid-19 pandemie heeft dat in een stroomversnelling gebracht. Het bevolkingsonderzoek lag in het voorjaar enkele maanden stil. Sinds de heropstart zijn maatregelen nodig om te borgen dat cliënten anderhalve meter afstand van elkaar kunnen houden. Daardoor kan het bevolkingsonderzoek zo lang de pandemie voortduurt niet op volle kracht draaien. De achterstanden zullen daardoor helaas blijven oplopen. Ik wil niet mijn ogen sluiten voor dit probleem en ik wil het ook niet voor mij uitschuiven. Deze ingreep is onontkoombaar.

Ik wil uiteraard met u ook dat vrouwen zo snel mogelijk weer kunnen rekenen op een twee jaarlijkse screening. Om daar te komen moeten extra screeningslaboranten geworven en opgeleid worden. Daarnaast proberen we personeel te behouden met gunstige arbeidsvoorwaarden. En zo

lang de COvid-19 pandemie duurt zetten we alles op alles om de schaarse capaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten, ook als dat onorthodoxe oplossingen vraagt. We plaatsen bijvoorbeeld extra portocabins om meer fysieke ruimte te organiseren.

Om extra personeel te kunnen opleiden verleng ik nu tijdelijk de interval termijn naar maximaal 3 jaar. Dat schept ruimte om bestaande capaciteit in te zetten voor het opleiden van nieuwe collega's. Daarmee pak ik het probleem bij de wortel aan. De opleiding duurt 2 jaar en daarmee is het personeelsbestand op zijn vroegst in 2023 op "oorlogssterkte". Daar zet ik hard op in, maar zo lang de Covid-19 pandemie duurt kan dit ook vertraging opleveren in het opleiden. Als het personeelsbestand op volle sterkte is dan kunnen we de achterstanden die in de tussentijd zijn opgelopen gaan inhalen om zo snel mogelijk terug te gaan naar een interval van 2 jaar. Er zijn te veel onzekerheden om nu te kunnen voorspellen wanneer dat lukt, maar uw Kamer kan ervan uitgaan dat ik hiervoor alles uit de kast haal. Ik zal uw Kamer elk half jaar informeren over de voortgang.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over een regionaal preventiefonds waar rijk, zorgkantoren en gemeenten aan mee moeten doen.

Zoals ik in antwoord op een vraag over deze materie van lid Van den Berg ook heb aangegeven, zal ik met de VNG en zorgverzekeraars hierover in gesprek gaan. Ik zal hierbij ook de zorgkantoren betrekken.

Wat betreft een suikertaks, herhaal ik wat ik onder andere in mijn brief van 3 september jl. aan uw Kamer heb gemeld. In het Nationaal Preventieakkoord is door de partijen gezamenlijk gekozen voor een andere maatregel om aan reductie van suikerconsumptie via frisdranken te werken. Deze inzet van de frisdrankindustrie ligt overigens voor op het afgesproken schema (25% reductie in 2020 en 30% reductie in 2025, ten opzichte van 2012).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over of de zorg een plan ontwikkeld voor een werkgarantieregeling voor mensen die door de crisis hun baan kwijt zijn, waarmee zij worden geholpen naar een sector waar wel werk is.

Het kabinet is hard bezig met het uitwerken van de voorwaarden en uitvoering van de coronabanen in verschillende sectoren. Daarmee worden mensen geholpen die momenteel geen werk hebben of niet naar hun werk kunnen als gevolg van de crisis naar een sector waar wel werk is en extra mensen hard nodig zijn.

Door middel van de inzet van coronabanen kan op korte termijn verlichting worden geboden in cruciale publieke sectoren, zoals de zorg.

Met Extra Handen voor de Zorg en de Nationale Zorgklas wordt al gewerkt aan het inzetten en scholen van mensen uit sectoren zoals bijvoorbeeld de horeca in ondersteunende functies in de zorg. Met de coronabanen wordt ingezet om daar een extra boost aan geven. Het is de verwachting vanuit het kabinet op korte termijn een brief te kunnen verzenden met de plannen voor de coronabanen. De zorg zal daar vanzelfsprekend onderdeel van zijn.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over het abonnementstarief.

Zoals ik in mijn brief van 23 oktober jl. heb aangegeven wordt in de monitor abonnementstarief geconcludeerd dat de kosten van het abonnementstarief in 2019 binnen de verwachte kosten ten tijde van het regeerakkoord blijven en dat de ontwikkeling aansluit bij de beoogde doelen van de maatregel. Bij het Regeerakkoord in 2017 zijn de totale kosten voor het abonnementstarief geraamd op structureel € 290 mln. Hiervan is structureel €145 mln toegevoegd aan het Gemeentefonds en voor het overige deel is in het kader van het Interbestuurlijk Programma (IBP)

afgesproken dat dit gefinancierd zou worden uit het accres van het Gemeentefonds. Gemeenten zijn daarmee voldoende gecompenseerd.

Tegelijkertijd stel ik ook vast dat gemeenten zich grote zorgen maken over de bredere financiële context waar zij zich momenteel in bevinden. Ik heb oog voor deze zorgen. Gemeenten en Rijk staan immers voor een gezamenlijke opgave. Mede op verzoek van (en samen met) de VNG wil ik daarom de komende periode, ten behoeve van een volgend kabinet, gezamenlijk maatregelen verkennen die bijdragen aan een betere sturing op de uitgaven in de Wmo.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over de beloofde wetgeving over fraude in de zorg.

Het Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) is begin juli 2020 aan uw Kamer aangeboden. Op dit moment wordt gewerkt aan de nota naar aanleiding van het verslag.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over coronasteun voor jeugdzorgaanbieders.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ik hebben met gemeenten de volgende zaken afgesproken. Ten eerste dat het Rijk gemeenten compenseert voor directe meerkosten voor de Jeugdwet en de Wmo 2015. Gemeenten vergoeden de meerkosten van aanbieders. De totale compensatie voor gemeenten voor meerkosten in het sociaal domein in 2020 is € 170 miljoen. Ten tweede is de meerkostenregeling onlangs verlengd tot eind 2021. Uw Kamer is hierover geïnformeerd in de stand van zakenbrief covid-19 van 17 november 2020 (Kamerstukken 2020/2021, 25 295, nr. 713). In de loop van 2021 komen we op basis van onafhankelijk onderzoek tot een eenmalige afrekening voor de meerkosten in 2021, vergelijkbaar met het proces van 2020. Ten derde vragen we om maatwerkafspraken tussen gemeenten en aanbieders voor continuïteitsbijdrage. Dit is in lijn met de andere zorgdomeinen. De huidige coronamaatregelen zijn, met name voor jeugdigen, fundamenteel anders dan in de eerste golf en beperken het leveren van jeugdzorg slechts beperkt. Zorg die niet op reguliere wijze geleverd kan worden, kan op alternatieve wijze worden geboden. Tot slot hebben we onlangs om extra aandacht gevraagd voor de aanbieders van cruciale jeugdzorg. Deze zijn onmisbaar in het jeugdhulpstelsel door de complexe zorg die zij bieden en ze zijn veelal werkzaam voor veel gemeenten, waardoor het veel tijd kost om tot maatwerkafspraken te komen. Met de VNG hebben we afgesproken dat deze aanbieders zich voor maatwerk in eerste instantie bij de accounthoudende regio (regio met de meeste omzet) kunnen melden om tot een gezamenlijke analyse van maatwerk voor deze aanbieder te komen. Conclusies hiervan kunnen gedeeld worden met de andere gemeenten, opdat hier ook goede maatwerkafspraken mee worden gemaakt.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Ploumen (PvdA) over bevolkingsonderzoek borstkanker.

De fractie van de PvdA vraagt of in de folder over het bevolkingsonderzoek borstkanker kan worden opgenomen dat eventuele nevenbevindingen niet gerapporteerd worden. Op de site van het RIVM staat hier uitgebreide informatie over (<https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoek-borstkanker/uitslag/nevenbevindingen>). Zoals ik in mijn brief van 12 juni 2020 aangeef (Kamerstuk 32 793, nr. 483), wordt de folder die met de uitnodigingsbrief wordt meegestuurd in januari 2021 geactualiseerd. Daarbij wordt dit punt meegenomen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over de toegang tot de zorg voor de meest kwetsbaren.

Iedereen in Nederland kan rekenen op goede gezondheidszorg, ongeacht inkomen. Het lukt dan ook goed aan het overgrote deel van de burgers met een ondersteuningsbehoefte passende ondersteuning en zorg te bieden. De Nationale Ombudsman constateert echter terecht dat het voor burgers met complexe, domein overstijgende zorgvragen nog vaak erg lastig is om (een plek met) passende ondersteuning en zorg te organiseren.

In de afgelopen periode is daarom op veel manieren ingezet op een verbetering van de toegang tot ondersteuning voor mensen met complexe domein overstijgende zorgvragen, door onder meer verbetering cliëntondersteuning en maatwerk aanpakken. De Nationale Ombudsman wijst daar ook op. En ondanks dat deze inzet op op onderdelen heeft geholpen, kan en moet het nog beter. Daarom zullen de in gang gezette verbeteracties in de komende periode worden voortgezet en waar nodig worden uitgebreid. Het doel is dat mensen tijdig en op een cliëntvriendelijke wijze de juiste ondersteuning en zorg ontvangen. Dit sluit aan bij de door het ministerie gestimuleerde en gefaciliteerde beweging van de Juiste Zorg op de Juiste Plek, een belangrijk thema in de VWS-beleidsagenda.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over het maken van een uitzondering voor de gemeentepolis wat betreft de afschaffing van de collectiviteitskorting.

Ik bereid wetgeving voor om de collectiviteitskorting op de basisverzekering per 1 januari 2023 af te schaffen, omdat deze korting gefinancierd wordt via een opslag op de premie en niet op basis van een besparing op de zorguitgaven, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw) bedoeld heeft. De premie wordt eerst verhoogd om deze verhoging vervolgens aan sommigen terug te geven alsof het een korting is. Iedereen betaalt dus mee aan de collectiviteitskorting. Aangezien ook voor de gemeentepolis geldt dat de collectiviteitskorting niet gelegitimeerd wordt op basis van (zorg)inhoudelijke afspraken, zal de mogelijkheid tot een collectiviteitskorting ook voor gemeentepolissen afgeschaft worden.

Overigens is de collectiviteitskorting voor gemeentepolissen momenteel al relatief laag. Bij circa een kwart van de gemeentepolissen bedraagt de collectiviteitskorting zelfs al 0 procent, terwijl zij wel geconfronteerd worden met een premieopslag om de collectiviteitskorting van anderen (zoals studenten) mee te financieren. Na de afschaffing van de collectiviteitskorting zullen zij niet langer geconfronteerd worden met deze premieopslag. Afschaffing van de collectiviteitskorting hoeft daarom voor mensen met een gemeentepolis zeker niet te leiden tot een premieverhoging. Na de afschaffing van de collectiviteitskorting blijft het voor gemeenten en zorgverzekeraars mogelijk om een gemeentepolis overeen te komen, waarbij de gemeente een premiebijdrage kan verstrekken en de zorgverzekeraar een premiekorting op de aanvullende verzekering. Afschaffing van de collectiviteitskorting hoeft dus ook zeker niet het einde van de gemeentepolis te betekenen.

Verder merk ik graag op dat de gemeentepolis één van de instrumenten is die gemeenten kunnen inzetten om afspraken te maken over bijvoorbeeld armoede, schulden en het tegengaan van ongewenste zorgmijding. Het is echter niet per definitie de beste oplossing voor iedereen. Het Verwey-Jonker Instituut heeft in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar andere maatregelen die gemeenten kunnen nemen om ongewenste zorgmijding onder kwetsbare mensen tegen te gaan (Kamerstuk 2019/20, 29 689, nr. 1081). De inzichten van dit onderzoek zullen op 10 december aanstaande in een digitale conferentie onder de aandacht gebracht worden van gemeenten.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kerstens (PvdA) over de vraag om een publiekscampagne tegen agressie, een zorgbonus voor iedereen in de zorg, vergoeding van het eigen risico voor zorgmedewerkers die getroffen zijn door corona en een structurele loonsverhoging.

Publiekscampagne tegen agressie

Agressie tegen zorgmedewerkers is onacceptabel. We gaan daarom de ondersteuning aan zorgmedewerkers en zorgwerkgevers intensiveren met een branchegerichte aanpak voor veilig werken in de zorg. Hierbij gaan we uit van de behoefte van medewerkers binnen de verschillende branches. We voorzien op dit moment geen zorgbrede publiekscampagne. Wel heeft de minister van Justitie en Veiligheid een taskforce opgericht tegen agressie en geweld tegen hulpverleners die zich in ieder geval gaat richten op het vergroten van het bewustzijn dat agressie en geweld niet acceptabel is. Voor de nadere invulling van de branchegerichte aanpak verwijzen we naar de beantwoording op de vragen van het lid Kerstens over toenemende agressie in de zorg (Tweede Kamer, Vergaderjaar 2020-2021, nr. 791) en de meest recente voortgangsrapportage van het Actieprogramma Werken in de zorg (Tweede Kamer, Vergaderjaar 2020-2021, 29 282, nr. 416).

Zorgbonus voor iedereen in de zorg

De bonus komt voort uit de motie van mw. Van Kooten-Arissen en was bedoeld als blijk van waardering voor mensen die bijzondere inzet hebben gepleegd voor covid-19 patiënten, dan wel in de strijd tegen covid-19 en niet als generiek inkomensinstrument voor iedereen werkzaam in de zorg. Het aanvraagloket voor de bonusregeling is medio november gesloten en de aanvragen worden momenteel geanalyseerd en verwerkt. We zijn volop mee bezig. Op basis van de thans beoordeelde aanvragen kan ik nu al zeggen dat er breed is aangevraagd. Zó breed, dat er voor bijna iedere zorgprofessional in de sector zorg en welzijn een bonus is aangevraagd. Op basis van geanalyseerde aanvragen blijkt dat zorgaanbieders gemiddeld genomen voor ca 87% van hun personeelsbestand een bonus hebben aangevraagd. Naar verwachting hebben de aanvragen betrekking op ca. 1,1 miljoen werknemers en ca. 88.000 derden. In de volgende stand van zaken COVID-brief zal ik hier gedetailleerd op in gaan.

Vergoeding eigen risico voor zorgmedewerkers die getroffen zijn door Corona

Een uitzondering op het eigen risico voor zorgpersoneel die getroffen zijn door corona acht ik niet wenselijk. Iedere verzekerde volwassene betaalt eigen risico, waarbij geen onderscheid gemaakt wordt tussen specifieke groepen verzekerden. Dat is ook onderdeel van de solidariteit binnen het stelsel. Daarnaast is het schadeloosstellen van beroepsgerelateerd letsel een invulling van de zorgplicht van de werkgever. Aangezien de zorg privaat is georganiseerd, ligt de zorgplicht voor zorgmedewerkers die helaas ziek zijn geworden tijdens hun werk in eerste instantie niet bij de overheid, maar bij de individuele zorgwerkgevers.

Structurele loonsverhoging

Via de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling wordt extra geld beschikbaar gesteld voor hogere lonen in de zorg. Voor 2021 gaat het – bij huidige inzichten met betrekking tot ontwikkeling van de lonen en sociale lasten in de markt - om circa 1 miljard euro structureel. De salarissen in de zorg zijn de afgelopen jaren meegestegen met de salarisontwikkeling in de markt en zelfs veelal daar wat boven uitgekomen. Ook voor 2020 en 2021 zijn behoorlijke cao-loonstijgingen afgesproken. Zo zijn de cao-lonen in de ziekenhuizen en ambulancezorg per 1 januari 2020 met 5% gestegen en gaan ze per 1 januari 2021 met nog eens 3% omhoog. Bovenop de reguliere loonstijgingen krijgen zorgmedewerkers van wie een uitzonderlijke inspanning wordt gevraagd tijdens de coronacrisis als waardering een bonus. Hiervoor is in 2020 en 2021 tezamen zo'n 3 miljard beschikbaar. Verder stelt het kabinet de komende jaren aanvullende middelen beschikbaar oplopend tot 130 miljoen euro per jaar vanaf 2023 voor een brede aanpak gericht op aantrekkelijk werken in de zorg. Daarnaast vraagt het kabinet de Sociaal-Economische Raad om een verkenning te laten uitvoeren gericht op specifieke knelpunten en kansen die bij kunnen dragen aan instroom, behoud, werkplezier en waardering in de brede zin van het woord. Ook als het gaat om arbeidsvoorwaarden. Gegeven de economische ontwikkelingen en onzekerheden, zie ik op dit moment geen ruimte voor het beschikbaar stellen van extra financiële middelen bovenop de ruimte die reeds extra wordt gegeven.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) of de minister kan toezeggen dat de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) een wettelijke verankering krijgt.

Ik ben blij dat de Christen Unie actief het belang van zeggenschap voor en emancipatie van verpleegkundigen en verzorgenden uitdraagt. Zeker dit jaar is gebleken dat zorgverleners worden aangesproken op hun vakmanschap in de strijd tegen covid-19.

Er zijn al vele mooie voorbeelden van ziekenhuizen en andere zorginstellingen waar dat goed geregeld is door bijvoorbeeld het instellen van een Verpleegkundige Advies Raad (VAR) of het aanstellen van een Chief Nursing Officer. Ook komen er steeds meer bestuurders met een verpleegkundige achtergrond. V&VN begeleidt zorginstellingen ook met het instellen van VAR's.

Ook de IGJ heeft binnen haar toezicht en tijdens gesprekken met bestuurders en de zorgverleners aandacht voor zeggenschap voor verpleegkundigen en verzorgenden. Zo is de VAR gesprekspartner tijdens het jaargesprek in het ziekenhuis, deelt de inspectie actief goede voorbeelden via twitter onder de #beterezorg en #verpleegkunst en heeft zij een Webinar georganiseerd.

In de tweede helft van december komt de verkenner Nicolette van Gestel, kroonlid bij de SER, met haar advies of en hoe werkgevers en werknemers samen aan de slag gaan om zeggenschap nu ook echt beter te gaan regelen op de werkvloer.

Ik streef ernaar de resultaten van die verkenning nog dit jaar aan uw Kamer te sturen en in januari 2021 inhoudelijk te reageren. Ook of de wettelijke verankering van een VAR wenselijk is.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het in overleg treden met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de tarieven van Centering Pregnancy.

Centering Pregnancy is een mooi initiatief waarin groepscursussen worden aangeboden. Deze groepscursussen zijn met name voor kwetsbare ouders die een kind verwachten geschikt om te praten over wat belangrijk is rondom de zwangerschap en het aankomende ouderschap. Zij komen hierbij gelijk in contact met andere aankomende ouders en horen ervaringen van andere ouders. Dit kan voor ouders een belangrijke steun in de rug zijn om hun kind zo gezond mogelijk ter wereld te brengen en een kansrijke start te geven. Binnen de huidige prestaties (zowel monodisciplinair als integrale bekostiging) zou er voldoende ruimte moeten zijn om deze zorg te bekostigen. Ik vind dat groepsconsulten niet duurder hoeven te zijn dan individuele consulten, maar vanuit de praktijk krijgen we steeds vaker signalen dat het met de huidige financiering steeds moeilijker van de grond komt. Ik zal daarom met de NZa hierover contact opnemen en bezien wat er eventueel aanvullend nodig is.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over welke plek eenzaamheid bij jongeren heeft in het beleid van de staatssecretaris.

Met het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid heeft dit kabinet de afgelopen twee jaar een campagne en netwerk zowel lokaal als landelijk opgezet om eenzaamheid aan te pakken. Opgezet met focus op ouderen, maar mede op verzoek van uw Kamer, ook met aandacht voor eenzaamheid bij jongeren.

De volgende acties heb ik nu al opgepakt en worden volgend jaar verder uitgebouwd: 1) jongeren, professionals en ouders kunnen op de site www.eenzamejongeren.com terecht voor meer informatie en ondersteuning, maar ook voor tips. Stichting Join us is initiatiefnemer van de website, 2) ik ondersteun Stichting Join us om hun aanpak voor eenzame jongeren verder te verspreiden onder gemeenten, 3) het thema eenzaamheid onder jongeren maakt onderdeel uit van mijn beleid over mentale gezondheid, 4) het bieden van zinvolle activiteiten via de maatschappelijke diensttijd helpt bij het bestrijden van eenzaamheid onder jongeren, 5) de publiekscampagne van Eén tegen eenzaamheid bevat meer situaties specifiek voor jongeren die zich eenzaam voelen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid

Dik-Faber (CU) over hoe het staat met de verankering van "samen beslissen" in de onderwijsprogramma's.

Ik werk samen met de FMS, V&VN en NFU om Samen beslissen in de opleidingen van zorgverleners te verankeren. Dit gebeurt binnen het programma Uitkomstgerichte Zorg. Dit voer ik uit samen met alle branche-organisaties die het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022 hebben ondertekend. De ambitie is om eind 2022 Samen beslissen standaard in de opleidingen van aankomende en de werkzame artsen en verpleegkundigen opgenomen te hebben. Daartoe wordt nu geïnventariseerd welke competenties precies nodig zijn voor de verschillende doelgroepen en in hoeverre die al zijn opgenomen in de bestaande opleidingsvoorzieningen.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de bereidheid om met de Kamer en 113 Zelfmoordpreventie te verkennen hoe de wettelijke verankering van suïcidepreventie het beste geregeld kan worden.

Medio december wordt de discussienota 'Zorg voor de Toekomst' gepubliceerd. Preventie en gezondheid is één van de drie aandachtsgebieden van deze nota. Er worden hierin diverse beleidsopties genoemd waaronder het concretiseren van de verantwoordelijkheden van gemeenten op het gebied van gezondheidsbevordering. Suïcidepreventie kan in de verdere verkenning van een dergelijke beleidsoptie meegenomen worden. Ik verneem daarbij ook graag de ideeën van 113 Zelfmoordpreventie hierover. Tegelijkertijd vind ik het belangrijk om aan te geven dat het aanpassen van wetgeving verstrekkende consequenties heeft. Het is daarom van belang om bij de nog uit te voeren verkenning in beeld te krijgen wat de wenselijkheid en toegevoegde waarde van wettelijke verankering van suïcidepreventie is en wat de juridische mogelijkheden en onmogelijkheden daarvan zijn.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over toegang tot de geestelijke verzorging.

Ik onderschrijf het belang van een goede toegang tot de geestelijke verzorging in de thuissituatie. Om de bekendheid van geestelijke verzorging thuis te stimuleren zijn er activiteiten in gang gezet op het gebied van onderwijs en communicatie.

In mijn brief van 2 november 2020 over geestelijke verzorging in de thuissituatie ben ik ingegaan op de voortgang om te komen tot duurzame financiering. Daarbij kies ik voor een realistische gefaseerde aanpak. Momenteel loopt er een consultatie voor de financiering van de middellange termijn.

Volgend voorjaar verwacht ik meer duidelijkheid hierover, onder andere met betrekking tot financiering middels een betaalkantoor en de mogelijke rol van de Centra voor Levensvragen daarbij. Ik wil daar nu nog niet op vooruitlopen.

Dat neemt niet weg dat ik, parallel aan de uitkomsten voor de middellange financiering, al begin volgend jaar aan de slag ga met de verkenning naar de mogelijkheden voor de borging van duurzame financiering voor de lange termijn.

Daarbij wordt tevens de opgedane kennis vanuit het ZonMw programma Zingeving benut.

Wat betreft de wettelijke borging van het recht op geestelijke verzorging in de thuissituatie, dit veld is nog in ontwikkeling. Nu is het zo dat kinderen, palliatieve patiënten van alle leeftijden en mensen boven de 50 jaar aanspraak kunnen maken op geestelijke verzorging in de thuissituatie. Ik ga in 2021 verder onderzoeken, in samenspraak met de betrokken veldpartijen, wat de mogelijkheden en implicaties zijn wanneer de leeftijdsgrens van 50 jaar wordt losgelaten.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) of de minister bereid is om in overleg te treden met het Zorginstituut over het organiseren van publieke inspraak.

Burgerbetrokkenheid staat bij het Zorginstituut hoog in het vaandel. Het samenstellen van het basispakket van goede verzekerde zorg doen zij niet alleen om de uitgaven beheersbaar te houden, maar voor de samenleving als geheel. Relevante partijen, zoals patiëntgroepen, worden op dit moment in het totstandkomingsproces door het Zorginstituut al betrokken. Ook in de adviescommissie voor pakketbeheer (ACP) kunnen patiëntgroepen gebruik maken van een inspraakprocedure. Die mogelijkheid bestaat overigens ook voor burgers, maar die hebben daar nog geen gebruik van gemaakt.

Daarnaast lopen er bij het Zorginstituut twee initiatieven om publieke inspraak te verbeteren. Op de eerste plaats komen de ACP en het Zorginstituut in het eerste kwartaal van 2021 met een verantwoording van haar werkwijze "het argumentenkader" waarover zij het gesprek met partijen, waaronder burgers, aan gaan. Dit kader laat zien welke maatschappelijke afwegingen worden gemaakt in het kader van de adviezen. Daarnaast heeft het Zorginstituut recent met medewerking van het Nivel een burgerpanel georganiseerd over knelpunten met betrekking tot het toekomstbestendig pakketbeheer. Ook over dit onderwerp gaat het Zorginstituut mij in het eerste kwartaal van 2021 informeren. Het vraagstuk burgerinspraak krijgt dus al veel aandacht. Ik zal het Zorginstituut vragen om mij te informeren wat de ervaringen zijn die zij tot nu toe hebben opgedaan met het raadplegen van burgers en hoe zij die ervaringen verwerkt in haar werkwijze.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het faciliteren van de domeinoverstijgende samenwerking in de regio door afspraken met de zorgverzekeraar, gemeente en zorgkantoor te maken.

Partijen werken vaker samen om de juiste zorg en ondersteuning integraal en dichtbij huis te organiseren. Er zijn mooie voorbeelden van experimenten, waarbij mensen langer thuis kunnen wonen met behoud van kwaliteit van leven. Deze experimenten kennen niet de rechtstreekse inzet door zorgkantoren van middelen uit de Wet langdurige zorg (Wlz), daarvoor bestaat geen wettelijke mogelijkheid. In de experimentsituatie zorg ik daarom voor compensatie van de meerkosten in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Ik stuur uw Kamer voor de kerst een brief over de consultatie van een wetsvoorstel dat Wlz-uitvoerders in staat stelt om met gemeenten en zorgverzekeraars rechtmatig in initiatieven te investeren om zwaardere en duurdere zorg te voorkomen. Parellel aan dit wetstraject continueer ik de huidige experimenten. Over twee weken starten we de consultatie met het veld over het discussiestuk 'Zorg voor de toekomst'. Een van de thema's in dat discussiestuk is regie en organisatie en in dat thema gaan we in op beleidsopties met betrekking tot domein overstijgende samenwerking en coördinatie. Dat leidt tot een consultatie met het veld en in het eerste kwartaal van 2021 zullen we de contourennota opleveren, met de bevindingen van de consultatie daarin verwerkt.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het verder faciliteren van domeinoverstijgende samenwerking in de regio door meer organisaties ruimte te geven afspraken te laten maken met gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren en om geld dat in de WLZ bespaard wordt, beschikbaar te stellen in de WMO om mensen die geïndiceerd zijn met dementie of zeer kwetsbaar oud zijn.

Partijen werken vaker samen om de juiste zorg en ondersteuning integraal en dichtbij huis te organiseren. Er zijn mooie voorbeelden van experimenten zoals bij Opella, waarbij mensen langer thuis kunnen wonen met behoud van kwaliteit van leven. Dergelijke initiatieven leveren een besparing op aan de Wlz kant maar hogere kosten voor zorgverzekeraars en gemeenten. Deze experimenten lopen nog en worden binnenkort geëvalueerd. De experimenten kennen niet de rechtstreekse inzet door zorgkantoren van Wlz-middelen, daarvoor bestaat geen wettelijke mogelijkheid. In de experimentsituatie zorg ik daarom voor compensatie van de meerkosten in de Wmo. Ik stuur uw Kamer voor de kerst een brief over de consultatie van een wetsvoorstel dat Wlz-

uitvoerders in staat stelt om met gemeenten en zorgverzekeraars rechtmatig in initiatieven te investeren om zwaardere en duurdere zorg te voorkomen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het bevorderen dat kennis van het expertisecentrum Sterven in de huisartsenpraktijk beschikbaar is.

Ja, ik ben hiertoe bereid. Ik vind het belangrijk dat artsen beschikken over de juiste kennis. De Coöperatie Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) is een overkoepelende organisatie waarin gewerkt wordt aan de verbetering van de palliatieve zorg. Daarbij wordt samengewerkt en verbinding gezocht met alle betrokken partijen, ook met het Landelijk Expertisecentrum Sterven (LES). Er zijn meer organisaties met expertise rond het levenseinde die gedeeld wordt met huisartsen. Daarbij wil ik niet een specifieke organisatie naar voren schuiven, maar ik vind wel dat LES en andere organisaties, zoals Van Betekenis tot het Einde goed vindbaar moeten zijn, zodat de kennis over palliatieve zorg in Nederland efficiënt wordt gedeeld. Ik zal aan PZNL vragen om in overleg te gaan met LES om te kijken hoe de samenwerking versterkt kan worden zodat de huisartsen adequaat worden geïnformeerd.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over welke lessen er te trekken zijn uit de inkooptaken die het ministerie naar zich toe heeft getrokken die normaliter bij marktpartijen of andere organisaties liggen, met het oog op de verhouding tussen markt en overheid in de zorg in een crisissituatie.

Tijdens de eerste maanden van de crisis hebben we gezien dat door de wereldwijde vraag de markt niet tot nauwelijks in staat was om medische hulpmiddelen of persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) te leveren. De overheid heeft daarom toen – in samenwerking met zorginstellingen en het bedrijfsleven – inkooptaken op zich genomen om er alsnog voor te zorgen dat voldoende PBM en andere medische hulpmiddelen, zoals beademingsapparatuur, ingekocht konden worden voor de Nederlandse zorgprofessionals en patiënten en er sprake was van voldoende testcapaciteit. De overheid kan immers meer financiële risico's dragen en kan ook diplomatieke en politieke instrumenten inzetten.

Een dergelijk grote inmenging van de overheid is alleen kortstondig gewenst. Die interventie was noodzakelijk gelet op het uitzonderlijke karakter van deze crisis. Ik verbind deze uitzonderlijke acties nadrukkelijk aan een tijd van crisis en zie hier niet direct consequenties die we zouden moeten overnemen naar de normale situatie. Alle spelers zullen hun rol en taken weer terug moeten nemen – en doen dat deels ook al.

Wel zie ik de noodzaak om in de toekomst meer te gaan inzetten op het borgen van leveringszekerheid van medische producten en het beschikbaar hebben van een basistestcapaciteit. Dit moeten we samen doen; de overheid en de markt. Dit kan op verschillende manieren; door lokale productie, het aanhouden van bepaalde inkoop strategieën, het aanleggen van voorraden, betere supply chain management of andere maatregelen. De overheid kan hierbij een faciliterende rol spelen en zorgdragen voor optimale condities. Om dit zo goed mogelijk te kunnen doen, zal ik begin volgend jaar een aantal thematische ronde tafel sessies organiseren over het borgen leveringszekerheid van medische hulpmiddelen, PBM en geneesmiddelen. Ik zal hiervoor stakeholders uitnodigen, zoals bedrijven, zorginstellingen en verzekeraars. De uitkomsten van deze sessies zal ik meenemen in een op te stellen strategisch beleidsplan.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het Nationaal Jaar Vrijwillige Inzet

Ik onderstreep dat vrijwilligers ontzettend waardevol zijn voor onze samenleving. Dat is ook afgelopen jaar weer duidelijk geworden en ik waardeer dan ook de oproep van mevrouw Dik-Faber. Ik steun de activiteiten en initiatieven rondom het Nationaal Jaar Vrijwillige Inzet dan ook van

harte. Ik subsidieer de vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk waarmee ze onder andere de campagne 'Mensen maken Nederland', het werven van nieuwe vrijwilligers en toeleiding van uit onderwijs en bedrijfsleven naar vrijwilligerswerk financieren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de vaccinstrategie.

In mijn brief van 20 november jl. heb ik uiteengezet welke stappen er zijn genomen om snel te kunnen starten met vaccineren op het moment dat vaccins beschikbaar en goedgekeurd zijn. Daarin is tevens de hoofdroute die het kabinet hanteert, neergelegd. Het kabinet kiest ervoor de eerste vaccins beschikbaar te stellen aan bewoners van verpleeghuizen, instellingen in de gehandicaptenzorg en medewerkers van deze zorginstellingen. Eerder deze week is bekend geworden dat de EMA start met de beoordeling van de registratiedossiers van 2 vaccins. De EMA zal uiterlijk op 29 december as. uitsluitsel geven over het eerste vaccin (Biontech/Pfizer). Pas op het moment dat de vaccins worden goedgekeurd, weten we dat de vaccins veilig, effectief en geschikt zijn voor welke doelgroepen. De logistieke eigenschappen en de wijze van levering hebben gevolgen voor de exact te volgen strategie. Ook het precieze aantal vaccins wat steeds beschikbaar komt, heeft daar impact op. Onze aanpak en strategie moeten daarom wendbaar zijn. We zijn in intensief gesprek met diverse uitvoerende partijen die een bijdrage leveren aan de uitvoering van de vaccinatiestrategie. Samen werken we de scenario's uit. Ik informeer u over de meest actuele informatie voor het komende COVID-debat. Ik benadruk nogmaals dat in de week van 4 januari starten echt het meest gunstige scenario betreft, dat afhankelijk is van vele factoren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het vaccinatieproces?

We voeren vanuit VWS het gesprek met apothekers over hun rol bij vaccinaties in het algemeen. In dat kader zetten apothekers zich momenteel in opdracht van VWS al in om de informatievoorziening over vaccinaties te verbeteren. Ook ben ik met apothekers en huisartsen in gesprek om, in samenwerking in het Netwerk Patiënteninformatie, de voorlichting over de COVID-19-vaccinatie te verbeteren. Het is mooi dat de apothekers hun hulp aanbieden aan huisartsen bij de COVID-19 vaccinatie. Ik kan me voorstellen dat de behoefte aan hulp bij huisartsen varieert. Vooralsnog hebben de apothekers geen rol bij de toediening van de COVID-19-vaccinaties.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over betrekken huisartsen en apothekers in de voorlichtingscampagne.

Professionals spelen een heel belangrijke rol bij de communicatie over de COVID-19 vaccinatie. Ik ben met apothekers en huisartsen in gesprek om, in samenwerking in het Netwerk Patiënteninformatie, de voorlichting over de COVID-19 vaccinatie op een laagdrempelige manier in te richten.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over communicatie met de samenleving met betrekking tot het vaccinatieproces

Voor een succesvol verloop van de vaccinatie is het van groot belang dat informatie over de vaccins en de vaccinatie feitelijk, toegankelijk en volledig is en dat we ook in gesprek gaan over de zorgen die mogelijk leven. In samenwerking met het RIVM en het CBG bereiden we een brede informatievoorziening over vaccins en de vaccinatie voor. We zorgen ervoor dat feitelijke informatie op elkaar afgestemd is en goed vindbaar is via de verschillende websites. Informatie is onder andere beschikbaar op rijksoverheid.nl/coronavaccinatie.

Daarnaast bereiden we een publiekscampagne voor. Voor deze campagne maken we gebruik van verschillende middelen, zoals televisie, radio en sociale media. Het gaat bij deze campagne naast informeren ook om het motiveren en hopelijk activeren van mensen om zich te laten vaccineren in het belang van henzelf maar ook van ons allemaal.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over testvereisten voor gewasbeschermingsmiddelen.

Voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen wordt wel degelijk getest op immunotoxische effecten, ontwikkelingsneurotoxische effecten en hormoonverstoring. Het beleid bij hormoonverstoring is al maximaal restrictief: gewasbeschermingsmiddelen worden van de markt gehaald als zij hormoonverstoring blijken te zijn. Voor wat betreft eventuele immunotoxische en ontwikkelingsneurotoxische effecten worden stoffen getest en alleen toegelaten wanneer met een grote veiligheidsmarge aangetoond kan worden dat er geen negatieve effecten op de gezondheid van de mens zijn.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over wie politiek verantwoordelijk kan worden gehouden voor uitbreken nieuwe gezondheids crisis, wanneer er een grote uitbraak is van een infectieziekte in de pluimveehouderij?

Het wettelijke kader voor de infectieziektebestrijding ter bescherming van de volksgezondheid, is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Hiervoor is de minister voor Medische Zorg en Sport (MZS) beleidsverantwoordelijk. Dit is uitgewerkt in een structuur voor het bestrijden van humane infectieziekten bij het ministerie van VWS. Maatregelen ten aanzien van besmettelijke dierziekten zijn mogelijk op grond van de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren (Gwd). Hiervoor is de minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) beleidsverantwoordelijk. Het ministerie van LNV heeft een structuur voor het bestrijden van besmettelijke dierziekten. Zoönotische risico's volgen we intensief. Zodra er enige indicatie is dat de circulerende virussen zoönotische eigenschappen hebben, treedt de zoönosestructuur in werking. Dan is het ministerie van VWS leidend. Volksgezondheid staat altijd voorop waar het gaat om bestrijding van zoönosen. Het kabinet zet zich in om zoönosen zoveel mogelijk te voorkomen. Het kabinet wil, gelet op de ontwikkelingen en de impact van zoönosen op mens, dier en maatschappij, vooruitblikken en breder bezien wat nodig is om zoönosen in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen (Kamerbrief van 21 november jl., Kamerstukken 28 286, nr. 1138).

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over diverse maatregelen op het gebied van voeding.

Twee jaar geleden hebben we met vele partijen het Nationaal Preventieakkoord ondertekend. Met dat akkoord hebben alle partijen zich gecommitteerd om onder meer overgewicht flink terug te dringen in 2040. De afgelopen twee jaar is er een stevige start gerealiseerd en zijn veranderingen in gang gezet, onder andere wat betreft het makkelijker maken van de gezonde voedselkeuze. Ik ben me ervan bewust dat we met elkaar nog een lange weg te gaan hebben om de gestelde ambities van het Preventieakkoord te realiseren.

Zoals ik in mijn voortgangsbrief van juni jl. heb aangekondigd, is het RIVM nu bezig om op basis van de nieuwste wetenschappelijke inzichten te inventariseren welke aanvullende maatregelen ingezet zouden kunnen worden om de gestelde ambities uit het Nationaal Preventieakkoord te realiseren. Ik heb het RIVM nadrukkelijk gevraagd hierbij ook maatregelen in de voedselomgeving mee te nemen. Ik verwacht het rapport van het RIVM in maart 2021 naar de Kamer te kunnen sturen. Daarnaast organiseer ik binnenkort een expertmeeting over mogelijke maatregelen op het gebied van marketing en aanbiedingen voor voedsel, zoals ik in de beantwoording van de vragen

van het VSO leefstijlpreventie heb aangegeven^[1]. Ook de uitkomsten hiervan zal ik aan uw Kamer sturen.

Aan de thematafels is ondertussen nog steeds brede steun voor het gezamenlijk realiseren van de ambities voor 2040. Ik zie bovendien dat door COVID-19 veel partijen extra gemotiveerd zijn om de problematiek rond overgewicht aan te pakken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over techno-enthousiasme.

Goede en tijdige informatie-uitwisseling tussen zorgverleners onderling is randvoorwaardelijk voor goede kwaliteit van zorg. Hiertoe moeten zorgverleners beschikken over de juiste informatie op de juiste plek op het juiste moment. Het vervangen van brieven, faxen, DVD's en opnieuw uitvragen bij de volgende dokter door digitale gegevensuitwisseling zorgt voor minder vermijdbare fouten, minder overtypen, minder onnodig herhaalde onderzoeken en voor dokters die meer tijd overhouden om te dokteren.

Maar of het nu gaat om digitale uitwisseling of uitwisseling op papier, als het gaat om privacy doe ik geen concessies. Datalekken, zoals recent bijvoorbeeld in de jeugdzorg, zijn ongewenst. Het is aan instellingen zelf om daarom alle aandacht aan privacy te geven die nodig is. Het is belangrijk dat ze goed op de hoogte zijn van hun verantwoordelijkheid.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over de digitale infrastructuur van het LSP.

In oktober jl. sprak ik met uw Kamer over het bevorderen van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. De ruimte om regie te voeren op het gebruik van de bestaande centrale infrastructuur, zoals het Landelijk Schakelpunt (LSP), en aanpalende voorzieningen was tot nog toe beperkt. Er is vanuit het zorgveld, uw Kamer en mijzelf behoefte aan meer en stevigere regie door het kabinet.

De eenvoudige, eenduidige, landelijke beschikbaarheid van een infrastructuur en randvoorwaardelijke voorzieningen kan het elektronisch uitwisselen van gegevens versnellen. Op de lange termijn wil ik dit realiseren door het gebruik van open standaarden en het borgen van keuzemogelijkheid op het gebied van ICT-producten voor zorginstellingen. Om ook op de korte termijn een slag te slaan, wil ik actiever regie voeren dan tot nog toe het geval was. In dat kader verken ik in hoeverre voor de korte termijn gebruik gemaakt kan worden van het LSP voor gegevensuitwisseling bij spoed en hoe een actueel medicatieoverzicht beschikbaar kan worden gesteld (Kamerstuk 27529, nr. 219). Voorwaarde is dat gebruikte voorzieningen voldoen aan de vigerende wet- en regelgeving en een versnellend effect hebben op de totstandkoming van het informatiestelsel in de zorg. De keuze om op de korte termijn gebruik te maken van hetgeen er al is, betekent ook dat ik die keuze periodiek herijk op de route naar een ICT-landschap in de zorg dat innovatief en adaptief is. Ik zal uw Kamer, zoals eerder toegezegd, voor het einde van het jaar informeren over mijn prioriteiten op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling voor de resterende kabinetsperiode.

Maar of het nu gaat om digitale uitwisseling of uitwisseling op papier, als het gaat om privacy doe ik geen concessies. Datalekken, zoals recent bijvoorbeeld in de jeugdzorg, zijn ongewenst. Het is aan instellingen zelf om daarom alle aandacht aan privacy te geven die nodig is. Het is belangrijk dat ze goed op de hoogte zijn van hun verantwoordelijkheid.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over decentrale toegang tot het medische dossier.

In het AO Gegevenswisseling van 8 oktober jl. heb ik hier met uw Kamer over van gedachten

^[1] Kamerstuk 32793, nr. 503

gewisseld. Op de lange termijn streef ik naar gegevensuitwisseling die de zorg volgt, zoals mijn voorganger ook al aan uw kamer schreef. Waarbij dus decentrale uitwisseling mogelijk blijft, keuzevrijheid bestaat voor zorgaanbieders en de technische inrichting niet aanvullende toestemming afdwingt waar die volgens de WGBO niet nodig is.

Het op korte termijn beschikbaar krijgen van meer informatie stelt me echter, als het gaat om de uitwisseling van gegevens bij spoed en het delen van medicatiegegevens, voor een dilemma. We zullen om gegevensuitwisseling in de zorg van vandaag te verbeteren, gebruik moeten maken van de mogelijkheden die er op dit moment al zijn. Om snel stappen te kunnen zetten in de reductie van medicatiefouten hebben de sectoren vorig jaar zelf besloten om, naast eventuele andere infrastructuren, vooralsnog te willen gaan starten met het LSP.

Tegelijkertijd werken we met het zorgveld door aan structurele oplossingen voor de toekomst. Zodat we de zorg van vandaag kunnen laten profiteren van wat er al is en tegelijkertijd bestendige oplossingen realiseren die maximaal recht doen aan uw vraag om openheid, decentrale oplossingen en standaardisatie. Met de motie Van den Berg/ Kerstens (Kamerstuk 27529, nr. 222) ontstaat meer handelingsruimte om op de korte termijn meer regie te voeren en om tot de gewenste oplossingen te komen voor de lange termijn. Ik zal uw Kamer, zoals eerder toegezegd, voor het einde van het jaar informeren over mijn prioriteiten op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling voor de resterende kabinetsperiode.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van Esch (PvdD) over het mogelijk maken van decentrale alternatieven buiten het Landelijk Schakelpunt (LSP).

Er is sinds 2016 veel gedaan om het veld te stimuleren te komen tot gegevensuitwisseling gebaseerd op open standaarden. Denk aan de VIPP stimuleringsregelingen, de versnellingsprogramma's informatie-uitwisseling patiënt-professional (VIPP). Deze stimuleringsregelingen zijn bedoeld om de belangrijkste informatie die een zorgverlener over zijn patiënt verzamelt, op een gestandaardiseerde manier weer terug te geven aan de patiënt of door te geven aan de andere betrokken zorgverleners.

Met het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg en met de motie Van den Berg/ Kerstens (Kamerstuk 27529, nr. 222) komt er meer ruimte om de kaders ten aanzien van open standaarden en keuzevrijheid voor zorgaanbieders niet alleen te stimuleren maar ook daadwerkelijk in regelgeving en publieke regie te verankeren. Ik zal uw Kamer, zoals eerder toegezegd, voor het einde van het jaar informeren over mijn prioriteiten op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling voor de resterende kabinetsperiode.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut die waarschuwen dat de zorg onbetaalbaar dreigt te worden, onder andere doordat ons zorgsysteem is gebouwd rondom behandelen.

Elk systeem heeft voor- en nadelen; er is geen perfect bekostigingssysteem. Ik ben het eens met de NZa en het Zorginstituut dat in het systeem een prikkel zit voor het leveren van zorg. Tegelijk houden we vast dat de aandacht van zorgprofessionals meer gericht zou moeten zijn op uitkomsten van zorg dan op productie. Hier is dan ook al actie op ingezet, met bijvoorbeeld afspraken in het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg over het programma Uitkomstgerichte zorg. Om te weten wat de randvoorwaarden zijn voor gepast gebruik heb ik de NZa en het Zorginstituut gevraagd om mij hierover te adviseren. Dit advies heeft u op 27 november jongstleden ontvangen. Ik heb u geïnformeerd dat ik in gesprek ga met relevante veld- en overheidspartijen over het advies. Rond de kerst zal ik u informeren over hoe ik dit vorm ga geven.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het inzetten op gepast gebruik naar aanleiding van een rapport van de Algemene Rekenkamer.

Ik ben het met 50+ eens dat er iets moet gebeuren willen we in de toekomst de zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit houden. Het inzetten op gepast gebruik is een speerpunt van beleid. Gepast gebruik vraagt om samenwerking tussen partijen en dat eenieder de verantwoordelijkheid neemt die bij zijn rol past. Het is dan ook een belangrijk onderwerp in het veld en in mijn gesprekken met het veld.

De Algemene Rekenkamer heeft heel specifiek gekeken naar het programma Zinnige Zorg van het Zorginstituut en concludeert dat dit programma niet is doorgedrongen tot de zorgpraktijk. Ik heb aangegeven in mijn reactie aan de Algemene Rekenkamer dat ik dit onderschrijf. Tegelijkertijd is er in de afgelopen jaren veel gebeurd op het gebied van gepast gebruik. Zo is meer ingezet op samenwerking tussen alle relevante partijen om juist wel die zorgpraktijk te bereiken. De partijen van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022 hebben zich bijvoorbeeld gecommitteerd aan gepast gebruik in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik. In dit programma werken alle partijen samen aan het verder brengen van gepast gebruik. De uitkomsten, ervaringen en kennis uit het programma Zinnige Zorg zijn hier integraal onderdeel van.

Dat betekent niet dat we er al zijn. In het advies "Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu" van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit schetsen deze partijen verschillende principes en randvoorwaarden die bij moeten dragen aan gepast gebruik en passende zorg. Het gaat om een integrale aanpak van toewerken naar kennis over effectiviteit van zorg en het implementeren hiervan. Samenwerking is hierin belangrijk. Zoals ik in mijn aanbiedingsbrief van 27 november jl. (Kammerstukken II 2020/21, 31765, nr. 536) heb aangegeven wil ik de komende tijd gebruiken om juist hierover in gesprek te gaan met het veld. Samen met het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit: ieder vanuit z'n eigen rol.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de aanbevelingen uit het IGJ rapport over samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen bij kwetsbare ouderen.

Wij sluiten ons aan bij de conclusies van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als het gaat om de zorg voor kwetsbare ouderen. Een goede samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige levert een belangrijke bijdrage aan een zo goed mogelijke kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen in hun eigen omgeving. Huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben samen met diverse andere partijen hiervoor een handreiking ('Kwetsbare ouderen thuis, handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk') ontwikkeld. Over de implementatie van deze handreiking in de dagelijkse praktijk hebben zij onderling en met andere professionals (zoals sociaal werkers) in meerdere regio's ook al afspraken gemaakt. Vervolgens kunnen zij dit inbrengen in de contracteerafspraken met verzekeraars. Via het programma Langer Thuis ondersteunt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport partijen bij de implementatie van de handreiking en bij het organiseren van lokale netwerken.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over capaciteit verpleeghuizen

De komende jaren is er een groeiende vraag naar woonzorgplekken voor ouderen. Om op deze groeiende vraag te kunnen inspelen zijn gemeenten en zorgkantoren bezig met het ontwikkelen van lokale woonzorgvisies. De regionale plannen van de zorgkantoren gericht op de verpleeghuiscapaciteit zal ik nog dit jaar, tezamen met de volgende voortgangsrapportage van het actieprogramma capaciteit en wachtlijsten verpleeghuizen, aan uw Kamer sturen. Zorgverzekeraars

Nederland heeft de ambitie om de komende vijf jaar 25.000 woonzorgplekken te realiseren. De ambitie van de Taskforce is dat medio 2021 elke gemeente een woonzorganalyse en woonzorgvisie heeft. Daarbij wordt gemeenten op verschillende wijzen ondersteund, zoals met het ondersteuningsteam wonen en zorg, webinars, een leerkring en handreikingen.

In het voorjaar is mijn streven beide trajecten met elkaar te combineren in bestuurlijke afspraken die ik zal maken met de minister van BZK en de veldpartijen, zodat vervolgens prestatieafspraken voor de middellange termijn kunnen worden gemaakt.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het op korte termijn aantrekkelijker maken van de thuiszorg.

Ik ben het met mevrouw Sazias (50Plus) eens dat huishoudelijke hulp en wijkverpleging van groot belang zijn voor mensen thuis, niet alleen voor verzorgende taken maar ook voor extra aandacht. Naast een goed inkomen is ook autonomie, verantwoordelijkheid en ruimte voelen belangrijk om een functie met plezier uit te kunnen voeren. Hiertoe zijn zeker mogelijkheden binnen de thuiszorg. Ten aanzien van de huishoudelijke hulp kunnen gemeenten contractuele afspraken maken over bijvoorbeeld het bieden van ruimte voor extra aandacht voor een cliënt die dit nodig heeft. Die ruimte draagt bij aan het werkplezier van medewerkers en het welbevinden van cliënten.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het uitbreiden van de doeluitkering voor het plan één tegen eenzaamheid naar alle gemeenten.

In 2018 is eenmalig een decentralisatieuitkering verstrekt aan 16 gemeenten met de hoogste percentages eenzaamheid onder 75+ers. Deze uitkering was niet geormerkt, maar gemeenten hebben met een plan zichtbaar gemaakt aan hun gemeenteraad hoe zij deze extra middelen zouden gaan inzetten. De waardevolle lessen uit deze 16 gemeenten zijn door Movisie opgehaald en worden nu middels de adviseurs van Eén tegen eenzaamheid bij alle deelnemende gemeenten verder verspreid. Inmiddels zijn 214 gemeenten aangesloten.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het onderbrengen van alle zorg voor thuiswonende ouderen bij gemeenten en zorgverzekeraars.

De zorg en ondersteuning voor mensen met een aan het ouder worden gerelateerde zorgvraag is van groot belang en moet goed georganiseerd worden. Ik zie daarbij geen wettelijke belemmeringen om dat nu al te doen. Bovendien zou het onderbrengen van alle zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen bij gemeenten en zorgverzekeraars nieuwe afbakeningsvraagstukken en ongewenste prikkels met zich mee kunnen brengen.

Er zijn echter wel knelpunten in de ouderenzorg, zeker gegeven het feit van de grote toename van het aantal ouderen richting 2040. De commissie Bos heeft hiernaar gekeken en aanbevelingen gedaan. Een aantal aanbevelingen zijn opgepakt. Het genoemde voorstel heeft echter verregaande gevolgen. Dit vraagt om een bredere visie op de ouderenzorg. Ik werk aan een visietraject over de ouderenzorg richting 2040. Op basis van demografische, geografische en maatschappelijke ontwikkelingen rond zorg en ondersteuning van ouderen wordt op dit moment gewerkt aan een dialoognotitie over de toekomst van de ouderenzorg 2020-2040, met een scala aan beleidsopties. Daarbij wordt niet alleen ingegaan op de ouderen thuis maar ook op de verpleeghuiszorg. Deze dialoognotitie zal begin 2021 breed worden geconsulteerd en aangevuld, zodat het bij de formatie van een nieuw kabinet beschikbaar is.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid

Sazias (50PLUS) over zorgverzekeraars die op de stoel van een hulpverlener gaan zitten door indicaties bij te stellen.

Het is niet de bedoeling dat zorgverzekeraars op de stoel van een hulpverlener gaan zitten. Dat is ook geen taak voor een zorgverzekeraar. Wel moeten zorgverzekeraars beoordelen of de geleverde zorg verzekerd is onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een van de wettelijke eisen die daaraan gesteld is, is dat de zorg 'redelijkerwijs aangewezen' is. Daarbij speelt de medische situatie van de verzekerde uiteraard een rol. Zorgverzekeraars kunnen een machtiging verplicht stellen. In dat geval beoordeelt een zorgverzekeraar vooraf aan de hand van de medische situatie of een verzekerde recht heeft op bepaalde Zvw-verzekerde zorg. Is dat het geval, dan is de verzekerde gemachtigd om de zorg te gebruiken en is deze verzekerd onder de Zvw. Ook hebben zorgverzekeraars een rol om de doelmatigheid en de betaalbaarheid van de zorg te regelen. Dat houdt bijvoorbeeld in, dat zij ten aanzien van geneesmiddelen preferentiebeleid mogen voeren. En dat kan betekenen dat een patiënt een ander middel krijgt met dezelfde werkzame stof. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars. Indien zij signalen krijgt dat zorgverzekeraars dingen doen die buiten hun taken vallen, kunnen zij dit gaan onderzoeken en zorgverzekeraars hierop aanspreken.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het overnemen van de financiering in de ambulancezorg van de zorgverzekeraars en over het bezien van de gehele zorg vanuit de blik van een Niet Economische Dienst van Algemeen Belang.

De Wet ambulancezorgvoorzieningen waarin de ambulancezorg is aangemerkt als een Niet Economische Dienst van Algemeen Belang is aanvaard door de beide Kamers en treedt per 1 januari aanstaande in werking. De financiering van de ambulancezorg verandert daarbij niet. In het Nader Rapport is in reactie op het advies van de Raad van State aangegeven dat het correct is dat Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) hun vergoeding krijgen via de zorgverzekeraars (zijnde private partijen), maar het enkele feit dat de bekostiging van de ambulancezorg plaatsvindt via de zorgverzekeraars maakt niet dat de activiteit van de RAV's economisch is in de zin van het EU-recht. De zorgverzekeraars kunnen ook niet met de RAV's onderhandelen over de tarieven van de ambulancezorg, want die zijn landelijk vastgesteld. In het kader van de continuïteit en stabiliteit is er voor gekozen om de rol van de zorgverzekeraars gelijk te houden. Dit is met name van belang in het kader van de samenhang tussen de ambulancezorg en de rest van de acute zorg.

Het aanmerken van andere onderdelen van de zorg als Niet Economische Dienst van Algemeen Belang betreft meerdere aspecten dan alleen bekostigen via beschikbaarheidsfinanciering. Dit betekent effectief dat er een stelselwijziging zou moeten plaatsvinden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de mantelzorg verklaring:

Vanuit de landelijke aanpak 'Samen sterk voor mantelzorg' hebben partijen gezamenlijk geconstateerd dat veel onduidelijkheid bestaat over de mantelzorgverklaring: niet alle gemeenten vragen erom bij de mantelzorger, het is onduidelijk wie de verklaring af geeft en welke implicaties er vastzitten aan de verklaring. Daardoor wordt de mantelzorger vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Ik ga daarom afspraken maken met de ministers van BZK en SZW en andere betrokken partijen zoals de VNG, het UVW en Aedes de koepel van woningcorporaties.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over ontmoetingscentra voor mensen met dementie.

Ik deel het grote belang van plekken waar mensen met dementie en hun mantelzorgers elkaar kunnen ontmoeten. Deze plekken van ontmoeting en het aanbod van zinvolle activiteiten worden in

gemeenten op verschillende manieren georganiseerd en aangeboden. Ontmoeten kan variëren van inloopmogelijkheden in buurthuizen, via Odensehuizen, tot wetenschappelijk bewezen ontmoetingscentra. Om te komen tot een goede aanpak is de eerste stap om samen met gemeenten de huidige situatie, aanbod en vraag, in het land goed in kaart te brengen. Op basis van deze nulmeting stel ik met alle betrokken partijen een plan op om zo snel mogelijk het ambitieuze doel, ontmoetingsmogelijkheden en zinvolle activiteiten voor 80% van de thuiswonende mensen met dementie, te bereiken. In dit plan wordt ook de financiering betrokken, zowel het opstarten van ontmoetingsmogelijkheden als de structurele financiering van deze centra.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over preventie in de Nationale Dementiestrategie.

Preventie is een integraal onderdeel van het thema 'Dementie de wereld uit'. Preventie is ook een specifiek onderdeel in het dementie-onderzoeksprogramma dat ZonMw volgend jaar start. Het doorsnijdend thema 'Communicatie' zet specifiek in op de verspreiding van bestaande kennis over preventiemogelijkheden, via leefstijlprogramma's en op RIVM-website 'Gezond en Vitaal Ouder Worden'. Het VWS-brede preventiebeleid is ook gericht op mensen met dementie.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over bevolkingsonderzoek borstkanker.

Het verlengen van de interval tussen borstkankerscreeningen naar maximaal 3 jaar is een moeilijk besluit geweest. Al voordat de Covid-19 pandemie startte liepen de achterstanden door personeelstekorten in meerdere regio's op. Ik heb uw Kamer daarover op 20 september 2019 geïnformeerd (Kamerstuk 32 793, nr. 445). De Covid-19 pandemie heeft dat in een stroomversnelling gebracht. Het bevolkingsonderzoek lag in het voorjaar enkele maanden stil. Sinds de heropstart zijn maatregelen nodig om te borgen dat cliënten anderhalve meter afstand van elkaar kunnen houden. Daardoor kan het bevolkingsonderzoek zo lang de pandemie voortduurt niet op volle kracht draaien. De achterstanden zullen daardoor helaas blijven oplopen. Ik wil niet mijn ogen sluiten voor dit probleem en ik wil het ook niet voor mij uitschuiven. Deze ingreep is onontkoombaar.

Ik wil uiteraard met u ook dat vrouwen zo snel mogelijk weer kunnen rekenen op een twee jaarlijkse screening. Om daar te komen moeten extra screeningslaboranten geworven en opgeleid worden. Daarnaast proberen we personeel te behouden met gunstige arbeidsvoorwaarden. En zo lang de COvid-19 pandemie duurt zetten we alles op alles om de schaarse capaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten, ook als dat onorthodoxe oplossingen vraagt. We plaatsen bijvoorbeeld extra portocabins om meer fysieke ruimte te organiseren.

Om extra personeel te kunnen opleiden verleng ik nu tijdelijk de interval termijn naar maximaal 3 jaar. Dat schept ruimte om bestaande capaciteit in te zetten voor het opleiden van nieuwe collega's. Daarmee pak ik het probleem bij de wortel aan. De opleiding duurt 2 jaar en daarmee is het personeelsbestand op zijn vroegst in 2023 op "oorlogssterkte". Daar zet ik hard op in, maar zo lang de Covid-19 pandemie duurt kan dit ook vertraging opleveren in het opleiden. Als het personeelsbestand op volle sterkte is dan kunnen we de achterstanden die in de tussentijd zijn opgelopen gaan inhalen om zo snel mogelijk terug te gaan naar een interval van 2 jaar. Er zijn te veel onzekerheden om nu te kunnen voorspellen wanneer dat lukt, maar uw Kamer kan ervan uitgaan dat ik hiervoor alles uit de kast haal. Ik zal uw Kamer elk half jaar informeren over de voortgang.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het ziekteverzuim in de zorg.

Het verzuim onder ziekenhuispersoneel, en ook ambulancepersoneel was in oktober 6,3% (gegevens van Vernet). Een jaar eerder was dit ongeveer 5,3%. De stijging van het ziekteverzuim wordt mede veroorzaakt door de coronacrisis, deels vanwege een toename in het aantal besmettingen en deels vanwege de zware wissel die het werken tijdens coronacrisis trekt op zorgprofessionals. Om het verzuim als gevolg van de toename van het aantal besmettingen en de wachttijden voor het testen tegen te gaan, is er de mogelijkheid voor zorgpersoneel om zich met prioriteit te laten testen bij de GGD-teststraten.

Het werken in de zorg tijdens de coronacrisis is voor zorgprofessionals zwaar. Het is daarom belangrijk om deze ervaringen goed te kunnen verwerken. Gelukkig kunnen veel professionals terecht binnen hun eigen organisatie. Ik zet daarnaast met verschillende initiatieven in op aanvullende mogelijkheden voor mentale ondersteuning. Bij 'Sterk in je werk - Extra coaching voor de zorg': kunnen zorgprofessionals terecht voor laagdrempelige mentale ondersteuning. Het contactpunt 'Psychosociale ondersteuning voor zorgprofessionals' van ARQ IVP is er voor de meer complexe hulpvragen. Bij het Informatie en Verwijs Centrum (IVC) kunnen zorgverleners en hun leidinggevenden terecht voor informatie over zelfzorg, stress, angst en eenzaamheid.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het aantrekkelijk maken van de zorg.

Het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg heeft grote prioriteit. Daarom zet het kabinet het actieprogramma Werken in de zorg voort en intensificeert het met een focus op drie doelstellingen: meer mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling, meer ruimte en tijd voor zorgprofessionals, meer zeggenschap. Hiervoor stelt het kabinet aanvullende middelen beschikbaar, oplopend tot €130 miljoen structureel vanaf 2023. Een groot deel van de middelen zal gaan naar het voortzetten van de regeling SectorplanPlus aan zorgorganisaties voor extra scholing en coaching van medewerkers of bijvoorbeeld de opleiding van roosterplanners. Dit is een groot en impactvol instrument in de afgelopen periode gebleken. Er zijn in de afgelopen periode 2.600 opleidingsprojecten en 71.000 opleidingstrajecten gefinancierd.

Daarnaast gaan we door en geven we een extra impuls aan loopbaancoaching en begeleiding via SterkinjeWerk. Hiermee kunnen mensen die een overstap naar de zorg maken, of al werken binnen de zorg, loopbaanbegeleiding krijgen. Dit draagt bij aan het behoud van de medewerkers voor de zorg. Immers, als deelnemers een breder beeld krijgen van welke functies binnen zorg en welzijn (nog meer) passend zijn, dan zullen ze eerder bij een andere zorgorganisatie aan de slag gaan dan de zorg verlaten. De afgelopen periode hebben 33.000 mensen een aanvraag hiervoor gedaan. Dit geldt ook voor de steun aan de aanpak van Stichting het Potentieel Pakken voor het stimuleren tot een hogere deeltijdfactor. Daar hebben we de afgelopen periode een start met de ondersteuning aan 4 organisaties gemaakt. Dat willen we nu fors uitbreiden naar zo'n 50 organisaties in 3 jaar en zorgen dat de geleerde lessen en ontwikkelde producten breed beschikbaar komen voor alle zorgorganisaties, bijv de deeltijdberekenaar die concreet laat zien wat extra uren werken financieel voor je oplevert. Verder verwijzen we naar de meest recente voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de zorg⁴.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over hoe we het voor zorgverzekeraars en aanbieders interessant maken om te investeren in gezondheid.

Preventie en het voorkomen van ziekte en zorg is voor VWS een belangrijk onderwerp. Wij vinden dat het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars interessant moet zijn om te investeren in gezondheid en dat zij gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die er hiervoor zijn. Zorggerelateerde en geïndiceerde preventie (zoals de gecombineerde leefstijlinterventie) maken onderdeel uit van het basispakket; zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor deze zorg en

⁴ Tweede Kamer, Vergaderjaar 2020-2021, 29 282, nr. 416

moeten deze zorg inkopen. Zorgverzekeraars kunnen daarbij, via de contractering, afspraken maken met zorgaanbieders om preventieve activiteiten te belonen. Zo biedt bijvoorbeeld de bekostiging binnen de huisartsenzorg hier expliciet ruimte voor. Ook kunnen verzekeraars en aanbieders meerjarenovereenkomsten sluiten.

Aanvullend op bovenstaande willen we meer. We willen onder andere onderzoek stimuleren naar positieve business cases, waarbij investeringen in preventie lonend blijken (zoals bijvoorbeeld bij valpreventie), en gunstige uitkomsten breed verspreiden. Ook zijn er in diverse regio's experimenten waar onder andere de NZa bij betrokken is. Deze experimenten volgen wij met veel interesse, en willen we verder brengen waar ze succesvol zijn. Ook vinden wij het belangrijk dat professionals voldoende kennis hebben over preventie en gezonde leefstijl, en dat zij ook over de vaardigheden beschikken om hier het gesprek over aan te gaan. Daarom heeft VWS verschillende acties lopen om te bevorderen dat er meer aandacht wordt besteed aan preventie in de opleidingen. Zo heeft ZonMw een paar weken geleden hiertoe, in opdracht van VWS, nog een subsidieoproep opengesteld die zich richt op professionals werkzaam in de eerstelijnszorg, publieke gezondheidszorg en het sociaal domein. En tot slot hebben de NZa en ZINL in hun rapport "Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú - Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg" ook aandacht besteed aan preventie en uitkomstgerichte zorg. In de dialoogsessies met het veld begin volgend jaar willen wij hier ook aandacht aan besteden.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het invoeren van een suikertaks.

In het Nationaal Preventieakkoord is door de partijen gezamenlijk gekozen voor een andere maatregel om aan reductie van suikerconsumptie via frisdranken te werken. Deze inzet van de frisdrankindustrie ligt overigens voor op het afgesproken schema (25% reductie in 2020 en 30% reductie in 2025, ten opzichte van 2012).

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over de mogelijkheden om extra in te zetten voor buurtsportcoaches voor ouderen.

Uit onderzoek van het Mulier Instituut uit 2019 komt naar voren dat 78% van de buurtsportcoaches in gemeenten wordt ingezet op de doelgroep ouderen. Het is ook aan gemeenten om te bepalen voor welke doelgroepen de buurtsportcoaches in de betreffende gemeente worden ingezet.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over het terugdraaien van het besluit om vitamine D uit het pakket te halen.

Zoals ook aangegeven in het advies van het Zorginstituut⁵ gaat het hier om geen noodzakelijk te verzekeren zorg. In de vrije verkoop zijn deze geneesmiddelen ook vaak veel goedkoper dan wanneer een arts ze op recept voorschrijft. Zoals in mijn eerdere Kamerbrief 'Stand van zaken geneesmiddelenbeleid' (Kamerstuk 2020/10, 29477, nr. 681) aangegeven ga ik wel het Zorginstituut om aanvullend advies vragen ten aanzien van de vitamine D, gegeven het praktischeffect van de substitutie naar nog wel vergoede doseringen vitamine D en in het licht van hun eerdere advies.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Sazias (50PLUS) over ondervoeding bij thuiswonende ouderen en het integreren van het signaleren van ondervoeding in het takenpakket van de thuiszorg.

⁵ Zorginstituut, Pakketadvies: Horen vitaminen, mineralen en paracetamol 1000 mg (nog) thuis in het te verzekeren pakket?, 2016.

Ondervoeding kan zeker bij kwetsbare ouderen een probleem vormen. De Stuurgroep Ondervoeding heeft op 1 augustus jl. de opdracht 'borging aanpak ondervoeding' gekregen. Met betrokken beroepsorganisaties wordt eraan gewerkt ondervoeding tijdig op te merken en aan te pakken. De rol die de thuiszorg heeft maakt ook deel uit van deze aanpak. Het is voor mij belangrijk dat de taak wordt uitgevoerd door medewerkers die daartoe gekwalificeerd zijn. De Stuurgroep werkt op dit moment aan een nulmeting. De verwachting is dat de uitkomsten voor het einde van dit jaar gereed zijn. Hierover heeft uw Kamer ook schriftelijk informatie ontvangen via het VSO over leefstijlpreventie wat op 30 oktober jl. naar uw Kamer is verstuurd.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het definitief schrappen van protocollen naar aanleiding van ervaringen in de coronacrisis

In mijn gesprekken met veldpartijen over de mogelijkheden om ervaren regeldruk verder terug te dringen betrek ik ook in verband met de coronacrisis tijdelijk buiten werking gestelde protocollen en werkwijzen. Ik moedig partijen aan om waar mogelijk dergelijke maatregelen permanent te maken. Ik zie ook dat daar stappen in gezet worden, bijvoorbeeld waar het gaat om het vergemakkelijken van het declareren van zorg op afstand.

Dit speelt zich ook in belangrijke mate af binnen zorginstellingen zelf. Bijvoorbeeld in de ziekenhuizen gaven zorgverleners aan dat besluitvorming over medische of organisatorische zaken tijdens de crisis sneller en minder bureaucratisch verliep dan zij gewend waren. Ook zorginstellingen moedig ik daarom aan om, als de crisis te boven is, niet zonder meer weer terug te keren naar de oude werkwijzen maar te kijken welke versoepelingen zij kunnen bestendigen.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over respijtzorg.

De aanbevelingen van de landelijk aanjager respijtzorg zijn verwerkt in de landelijke aanpak 'Samen sterk voor mantelzorg', die ik uw Kamer op 10 november heb doen toekomen. De landelijke aanpak is bestuurlijk vastgesteld met VNG, MantelzorgNL, Zorgverzekeraars Nederland en VNO/NCW/MKB Nederland. Belangrijk speerpunt daarin is het verbeteren van de vindbaarheid van respijtzorg. Daartoe heeft MantelzorgNL een landelijke overzichtspagina met alle Wmo-loketten en steunpunten mantelzorg per gemeente inclusief contactgegevens opgesteld. Bij het steunpunt kunnen mantelzorgers terecht voor informatie en advies, een luisterend oor en contact met andere mantelzorgers. Bij het Wmo-loket kan men praktische hulp aanvragen zoals huishoudelijke hulp, woningaanpassingen, dagbesteding of vervangende zorg.

Voor het beter aan laten sluiten van vraag en aanbod van respijtzorg is er nu een landelijk ondersteuningsteam voor gemeenten (samen met VNG, Movisie en MantelzorgNL) dat gemeenten vraaggericht ondersteunt en goede voorbeelden verspreidt. Ook worden mantelzorgers via de landelijke campagne #deelzorg bewust gemaakt van het delen van de mantelzorgtaken met naasten of professionals.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het mentale welzijn en welbevinden van tieners en studenten en mogelijke langetermijngevolgen van de maatregelen.

Het is onvermijdelijk dat de maatregelen die we moeten treffen in verband met de coronacrisis, effect hebben op ons mentale welzijn. Dat geldt breed voor onze samenleving, al onderken ik dat voor kwetsbare mensen de effecten nog zwaarder kunnen voelen. We zetten ons er daarom hard voor in dat we mensen op vele manieren bijstaan om het gesprek hierover te voeren. Ik noem er hier enkele. De Luisterlijn is breed beschikbaar voor het voeren van het gesprek, daarnaast zijn MIND Korrelatie en het Rode Kruis beschikbaar om mensen bij te staan die steun kunnen gebruiken. Met het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid heeft dit kabinet de afgelopen twee jaar een campagne en netwerk zowel lokaal als landelijk opgezet om eenzaamheid aan te pakken.

Opgezet met focus op ouderen, maar mede op verzoek van uw Kamer, ook met aandacht voor eenzaamheid bij jongeren.

Daarnaast is in opdracht van VWS is het Steunpunt Coronazorgen beschikbaar voor goede informatie en steun bij wat te doen om mentaal gezond te blijven.

We hebben een breed en stevig onderzoeksprogramma bij ZonMw lopen die de op verschillende terreinen de effecten van de pandemie in kaart zal gaan brengen. De uitkomsten van de verschillende onderzoeksresultaten zullen breed worden gedeeld en verspreid.

De volgende acties heb ik onder andere voor de jongeren nu al opgepakt en worden volgend jaar verder uitgebouwd: 1) jongeren, professionals en ouders kunnen op de site www.eenzamejongeren.com terecht voor meer informatie en ondersteuning, maar ook voor tips. Stichting Join us is initiatiefnemer van de website, 2) ik ondersteun Stichting Join us om hun aanpak voor eenzame jongeren verder te verspreiden onder gemeenten, 3) het thema eenzaamheid onder jongeren maakt onderdeel uit van mijn beleid over mentale gezondheid, 4) het bieden van zinvolle activiteiten via de maatschappelijke diensttijd helpt bij het bestrijden van eenzaamheid onder jongeren, 5) de publiekscampagne van Eén tegen eenzaamheid bevat meer situaties specifiek voor jongeren die zich eenzaam voelen.

Ik wil jongeren perspectief bieden ook in deze bijzondere tijd en ben daarom in overleg met jongeren, gemeenten en welzijnswerk om concrete plannen uit te werken. Ik zal de Kamer hierover voor het Kerstreces informeren.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vragen van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) hoe de minister het initiatief van het landelijk Expertisecentrum Sterven kan ondersteunen en of er voldoende tijd is om het goede gesprek te voeren over het levenseinde en de keuzes die moeten worden gemaakt.

Ik vind het belangrijk dat artsen beschikken over de juiste kennis en gebruik maken van de bestaande expertise. De Coöperatie palliatieve zorg Nederland (PZNL) is een overkoepelende organisatie waarin gewerkt wordt aan de verbetering van de palliatieve zorg. Daarbij wordt samengewerkt en verbinding gezocht met alle betrokken partijen, ook met het LES.

Er zijn meer organisaties met expertise rond het levenseinde die gedeeld wordt met huisartsen.

Daarbij wil ik niet een specifieke organisatie naar voren schuiven, maar ik vind wel dat LES en andere organisaties, zoals Van Betekenis tot het Einde goed vindbaar moeten zijn, zodat de kennis over palliatieve zorg in Nederland efficiënt wordt gedeeld. Ik zal aan PZNL vragen om in overleg te gaan met LES om te kijken hoe de samenwerking versterkt kan worden zodat de huisartsen adequaat worden geïnformeerd.

Het is erg belangrijk dat patiënten tijdig en herhaaldelijk met de huisarts spreken over het levenseinde, zodat de huisarts weet wat de wensen en zorgen van de patiënt zijn en ze samen kunnen beslissen over de zorg en ondersteuning van de patiënt. Er lopen verschillende initiatieven om dit gesprek te bevorderen. Meer tijd voor de patiënt om het goede gesprek te kunnen voeren over onder andere levenseinde is een van de speerpunten in het hoofdlijnenakkoord dat VWS met de LHV, InEen, ZN en de Patiëntenfederatie heeft afgesloten.

In het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg is extra financiële ruimte beschikbaar gesteld om hier afspraken over te maken. De afspraken die hierover worden gemaakt verschillen per regio en zorgverzekeraar. Zo is er een zorgverzekeraar die pilots uitrolt met extra financiële middelen om bijvoorbeeld een extra arts/ondersteuner in te zetten en zo meer tijd te hebben voor langere consulten. Elders zetten zorgverzekeraars en partijen in de regio weer op andere manieren in om meer tijd te creëren. Het is aan partijen in de regio om te kijken wat het beste past en om hier afspraken over te maken. Ik ben daarom van mening dat er voldoende tijd en ruimte is om het goede gesprek te kunnen voeren.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de bekostiging van de online hulplijn die keuzehulpaanbieders hebben.

Sinds 1 juni 2019 is er financiering voor keuzehulpgesprekken onbedoelde zwangerschappen via een open house financiering. Het doel van de open house financiering is dat organisaties door middel van keuzehulpgesprekken begeleiding kunnen (blijven) aanbieden aan bestaande en nieuwe cliënten bij onbedoelde zwangerschap. Onder deze vorm van keuzehulpgesprekken wordt verstaan: face to face, online (chat), telefonisch of blended gesprekken met betrekking tot onbedoelde zwangerschappen. Voor de chatfunctie is ook een beschikbaarheidsfinanciering afgesproken.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het lastiger financieren van innovatieve methoden.

Met de aanbieders van keuzehulpgesprekken zijn duidelijke afspraken gemaakt over de wijze waarop de innovatieve methoden zoals online hulpverlening gefinancierd worden met de open house financiering onbedoelde zwangerschappen. Hiervoor zijn ook tarieven opgenomen in het Programma van Eisen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de mogelijkheid voor innovatieve spelers om hun medische implantaten, ook met de nieuwe Europese wetgeving op komst, op de markt te blijven brengen.

Mede naar aanleiding van meerdere incidenten met medische hulpmiddelen, waaronder implantaten, was er in Europa grote behoefte aan meer en strengere regelgeving om de veiligheid van hulpmiddelen te verbeteren. Per mei 2021 treedt daartoe een nieuwe Europese verordening in werking. Die strengere eisen zijn belangrijk, zodat patiënten in de toekomst kunnen vertrouwen op veiligere hulpmiddelen.

Nederland heeft zich hard gemaakt voor deze strengere eisen maar heeft er ook voor gepleit om ruimte te behouden voor fabrikanten om te innoveren. Bijvoorbeeld door niet alleen maar in te zetten op de beoordeling van de veiligheid voordat een hulpmiddel op de markt is, maar juist ook om een hulpmiddel nadat het op de markt is, goed te blijven volgen. Dat neemt niet weg dat het vooral voor kleine fabrikanten lastig kan zijn om aan de nieuwe eisen te voldoen om de veiligheid van hun product aan te tonen. Er is geen hardheidsclausule beschikbaar, maar er gelden wel overgangstermijnen voor fabrikanten, om te zorgen dat ze voldoende tijd hebben om hun hulpmiddel aan de nieuwe eisen te laten voldoen en zo te zorgen voor een soepele overgang naar de nieuwe wetgeving. Ik blijf monitoren of de overgang naar de nieuwe wetgeving ertoe leidt dat patiënten nog steeds kunnen beschikken over het hulpmiddel dat ze nodig hebben, ook voor slechtzienden.

Ik ben niet bekend met de casus waar Kamerlid Van der Staaij aan refereert. Ik ga er vanuit dat de innovatieve contactlenzen waarover gesproken worden een CE certificaat hebben. Er geldt een overgangsregime tot 2024 om daar aan te voldoen tenzij het huidige certificaat eerder verloopt.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over de vaccinatiestrategie.

In mijn Kamerbrieven over de vaccinatiestrategie van 23 september jl. en 20 november jl. heb ik uiteengezet welke stappen genomen worden om snel te kunnen starten met vaccineren, zodra vaccins goedgekeurd en beschikbaar zijn. Daarin heb ik ook toegelicht welke acties ondernomen worden om voorbereid te zijn op de uitvoering van de strategie. Dit is een zeer uitgebreide en complexe operatie en hierbij hebben we te maken met een aantal onbekendheden en afhankelijkheden. Daarom houden we rekening met verschillende scenario's. We werken daarin intensief samen met verschillende uitvoerende partijen, alsook het ministerie van Defensie. De Nederlandse vaccinatiestrategie verschilt niet veel met die van de landen om ons heen. Zij kampen

met dezelfde uitdagingen als wij. Om de beste logistieke strategieën in te kunnen zetten en van elkaar te leren, hebben we nauw contact met andere landen. Voorafgaand aan het volgende debat over COVID-19 zal ik uw Kamer nader informeren over de stand van zaken ten aanzien van de voorbereidingen voor de vaccinatie.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over een daadkrachtig uitvoeringsplan.

In mijn brief van 20 november jl. heb ik uiteengezet welke stappen er zijn genomen om snel te kunnen starten met de uitvoering van de COVID-19 vaccinatie. In dit kader tref ik samen met het RIVM en de uitvoerende partijen diverse voorbereidingen. Ook is het ministerie van Defensie bijvoorbeeld betrokken bij het treffen van logistieke voorbereidingen.

Vanwege de vele afhankelijkheden die dit traject kent, die ik ook in mijn brief van 20 november jl. heb geschetst, moeten onze aanpak en strategie wendbaar zijn. Om goed voorbereid te zijn op verschillende scenario's, voer ik doorlopend gesprekken met relevante partijen. Hierbij betrek ik ook de ervaringen met andere trajecten zowel in het kader van COVID-19 als daarbuiten.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over het aanmoedigen van het gebruik van gezonde producten zoals groente en fruit.

Ik deel uw wens de consumptie van gezonde producten aan te moedigen. Met het Nationaal Preventieakkoord (NPA) zetten diverse partijen zich ervoor in dat alle inwoners van Nederland eten en drinken op een wijze die bijdraagt aan een gezond gewicht en een gezond voedingspatroon. De Schijf van Vijf is hier de leidraad voor en consumptie van voldoende groente en fruit is daar een belangrijk onderdeel van. Om de gezonde keuze makkelijker te maken wordt bijvoorbeeld op diverse plekken zoals school- en sportkantines en ziekenhuizen gewerkt aan een gezondere voedselomgeving en stimuleert de horecabranche haar leden meer groente aan te bieden. In het Regeerakkoord zijn afspraken gemaakt over BTW. Het kabinet is niet voornemens de BTW nogmaals aan te passen.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over aandacht voor cultuursensitieve zorg.

In het algemeen geldt dat voor het leveren van goede zorg een arts oog moet hebben voor de achtergronden, omstandigheden en context van de patiënt. Dat betekent ook aandacht voor aspecten rond diversiteit. Daarom ben ik blij dat in het Raamplan artsopleidingen 2020 veel aandacht wordt besteed aan diversiteit. Bijvoorbeeld gender, maar ook cultuursensitieve zorg (aan niet westerse patiënten). Het is aan de opleidingsinstellingen om dit inhoudelijk verder in te vullen, daar ga ik als minister niet over.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over de grote arbeidstekorten in de zorg. Creatieve oplossingen zijn nodig om het personeelstekort in de zorg te bestrijden. Intensieve samenwerking is nodig met partijen in de sector. Denk ziet hier een grote rol voor de minister.

Ik vind dit belangrijk en faciliteer dit. Met het actieleernetwerk zetten we in op het verspreiden en leren van goede voorbeelden voor voldoende, tevreden en goed toegeruste medewerkers in zorg en welzijn. Op dit moment bestaat het netwerk uit 130 koplopers. Komende week (7 t/m 11 december 2020) organiseert het actieleernetwerk kennis- en inspiratiesessies rond diverse arbeidsmarkt vraagstukken in zorg en welzijn om ook anderen te inspireren, mobiliseren en in actie te laten komen. Daarnaast stimuleren we samenwerking. Dat doen we onder andere via het VWS-regioteam Werken in de Zorg. Zij geven concrete ondersteuning aan projecten in de regio's, zoals

gericht op gedeeld- en goed werkgeverschap. Daarbij betrekken zij regionale en landelijke partijen om gezamenlijk vanuit alle perspectieven naar oplossingen te zoeken.

Antwoord van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over een volledig verbod op promotie van lachgas, een totaal verbod op consumptief lachgas en het instellen van een onderzoek naar het traceren van niet-medisch lachgas.

De minister van Justitie en Veiligheid en ik werken aan een wijziging van het Opiumwetbesluit waarmee lachgas op lijst II bij de Opiumwet wordt geplaatst. Ons streven is het voorstel zo spoedig mogelijk, in ieder geval eerste kwartaal van 2021, bij uw Kamer in te dienen. Met dit verbod worden alle handelingen met lachgas voor recreatief gebruik zoals verkoop en bezit verboden. Het enkele gebruik van drugs is niet strafbaar onder de Opiumwet. Dit geldt voor alle middelen die op één van de lijsten van de Opiumwet staan en ziet er op dat het risico van strafvervolging er niet toe leidt dat mensen die in de problemen raken door hun drugsgebruik geen hulp zouden zoeken. Met hetzelfde verbod wordt de promotie en reclame van lachgas ten behoeve van het recreatief gebruik van lachgas verboden. Het uitgangspunt is daarnaast ook dat geen reclame of prijsacties mogen worden gevoerd voor bijvoorbeeld lachgas als voedingsadditief. Het lachgasverbod geldt zowel online als offline. Tot slot stelt u voor een onderzoek in te stellen hoe niet-medisch gebruik van lachgas getraceerd kan worden. Lachgas is een stof die qua chemische samenstelling en psychoactieve werking in alle toepassingen nagenoeg hetzelfde is ongeacht of de stof als geneesmiddel of medisch hulpmiddel, in technische industrieën of als voedingsadditief wordt gebruikt. Om die reden is een dergelijk onderzoek weinig aanvullend.

Antwoord van de minister voor Medische Zorg en Sport op de vraag van het Kamerlid Kuzu (DENK) over hoe een groter deel van het sportbudget besteed kan worden aan mensen die het het hardst nodig hebben.

Het verschil in beschikbaar budget tussen 2020 en 2021 wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de incidentele middelen die in het kader van Covid-19 voor tegemoetkoming in de sportsector beschikbaar zijn gesteld.

Daarmee is in 2021 nagenoeg evenveel budget voor de (top)sport beschikbaar als in 2020 zoals ook in het WGO sport besproken. Dat budget wordt ingezet op de doelen van het Nationale Sportakkoord dat ik met veel maatschappelijke partners heb gesloten. In vrijwel elke gemeente is hiervan een vertaalslag gemaakt in een lokaal sport- en beweegakkoord, in veel gevallen in combinatie met een preventieakkoord. In alle lokale akkoorden is aandacht voor om mensen meer te laten bewegen. De middelen van het Sportakkoord, maar bijvoorbeeld ook de middelen voor de buurtsportcoaches vinden zo hun weg naar de mensen die het het hardst nodig hebben, met alle ruimte voor lokaal maatwerk. Nieuwe initiatieven als 'Bewegen het nieuwe normaal' sluiten daar ook bij aan.