

1 - 20

5.1.2i Concept

## 2.3 Achtergrond

## 1. Factsheet: recente ontwikkelingen in curatieve zorg (inhaalzorg)

<b>Onderwerp: Inhaalzorg</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de zorg wordt hard gewerkt om behandelingen in te halen die door COVID-19-drukke is uitgesteld.</li> <li>• De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) schat in dat nog ongeveer 180.000 tot 200.000 mensen wachten op een operatie.</li> <li>• Patiënten die wachten op een behandeling, worden door hun zorgaanbieder actief geïnformeerd over de wachttijd voor hun behandeling.</li> <li>• Dat is afgesproken in het 'kader inhaalzorg'.</li> <li>• Een patiënt kan ook contact opnemen met zijn/haar zorgverzekeraar om te bespreken of hij/zij ergens anders sneller kan worden gehouden. Het is aan de patiënt om die keuze te maken.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa ziet er conform het kader Passende Inhaalzorg op toe dat partijen hun verantwoordelijkheid nemen en het maximale doen om toegang tot zorg voor patiënten die dat nodig hebben te borgen.</li> <li>• Afspraken uit het kader inhaalzorg zijn o.a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gebruik van passende zorg;</li> <li>○ COVID-19-patiënten blijven spreiden over de regio's om reguliere zorg in gelijke mate doorgang te laten vinden;</li> <li>○ Zorgorganisaties informeren patiënten over wachttijden en mogelijkheid tot zorgbemiddeling;</li> <li>○ Zorgverzekeraars treden op bij knelpunten.</li> </ul> </li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa schat in dat nog ongeveer 180.000 tot 200.000 mensen wachten op een operatie.</li> <li>• Werkvoorraad het meest toegenomen bij: (plastische) chirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie en gynaecologie.</li> <li>• Relatieve toename van de wachttijden vanwege de inhaalzorgvraag varieert van ongeveer een week extra wachttijd (voor oogheelkunde) tot circa zes weken extra wachttijd (voor orthopedie) voor een behandeling. Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKCNL) geeft aan dat de oncologische zorg helemaal is ingehaald.</li> <li>• Alle ziekenhuizen hebben inhaalzorgplannen gemaakt. 90% van de plannen is door zorgverzekeraars goedgekeurd.</li> <li>• De ziekenhuizen/umc's zijn gestart met de uitvoering van de plannen om zoveel mogelijk inhaalzorg te realiseren in 2021.</li> <li>• In elke regio is er in september een eenmalig overleg inhaalzorg geweest met zorgverzekeraar, ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (zbc's) en ketenpartijen om knelpunten te identificeren en afspraken te maken over het oplossen en monitoren daarvan.</li> <li>• Aandachtspunten zijn o.a. de beschikbaarheid van voldoende personeel, druk op de zorg door COVID-19 of dit najaar influenza en goede afstemming met partijen in de keten.</li> <li>• De NZa brengt maandelijks een monitor over inhaalzorg uit.</li> </ul>
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De NZa ziet er conform het kader Passende Inhaalzorg op toe dat partijen hun verantwoordelijkheid nemen en het maximale doen om toegang tot zorg voor patiënten die dat nodig hebben te borgen. De NZa spreekt zorgverzekeraars aan op hun verantwoordelijkheid om knelpunten aan te pakken.</li> <li>• VWS heeft met o.a. de NZa, Patiëntenfederatie en veldpartijen een handreiking ontwikkeld die alle partijen kan ondersteunen bij de communicatie over inhaalzorg richting patiënten.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Via ZorgkaartNederland kunnen patiënten wachttijden vergelijken.</li> </ul>
<p>Politieke afspraken en betrokken partijen (regerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De Kamer is meerdere keren geïnformeerd over inhaalzorg, o.a. op 1 oktober over de meest recente monitor van de NZa.</li> <li>• Recente Kamervragen over inhaalzorg (begrotingsbehandeling en losse set van D66) richten zich o.a. op: voldoende middelen voor inhaalzorg, zinnige zorg, mogelijkheden tot spreiding inhaalzorg (ook naar het buitenland), inzet zbc's en reiskosten voor patiënten.</li> <li>• Verzoek was om reactie op Kamervragen Paulusma (D66) voorafgaand aan de begrotingsbehandeling te versturen. Onduidelijk of dit lukt (22-10: bij DGCZ in de lijn).</li> </ul>
<p>Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinds maart 2020 zijn er tussen de 380.000 en 420.000 minder operaties uitgevoerd.</li> <li>• Maximaal 180.000 en 200.000 operaties moeten worden ingehaald; dit beschouwt de NZa als de bovengrens van de inhaalzorgvraag.</li> <li>• Dit is 12%-14% van het aantal operaties dat jaarlijks wordt uitgevoerd.</li> <li>• Dit betekent dat 45-55% van de operaties die niet hebben plaatsgevonden door de pandemie niet ingehaald hoeven te worden. Dit is vanwege klachten die niet hebben kunnen ontstaan (denk aan minder luchtweginfecties vanwege de afstandsmaatregelen en minder verkeers- en sportongevallen), in de tussentijd verdwenen zijn ('verdampde zorg' of mensen die zijn overleden) of waar er is gekozen voor een andere behandeling (denk aan zorg op afstand of zorg geleverd door een andere zorgprofessional zoals de huisarts).</li> </ul>



24 - 33

5.1.2i Concept

### 3.3 Achtergrond

#### Factsheet: Arbeidsmarktbeleid + tekorten arbeidsplaatsen

<b>Onderwerp: Aanpak tekorten arbeidsmarkt</b>	
Kernboodschap	<p><b>In de afgelopen kabinetsperiode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De ambitie van het Actieprogramma <i>Werken in de zorg</i> (2018-2021) is voldoende medewerkers, die goed zijn toegerust voor en tevreden zijn met het belangrijke werk dat zij doen.</li> <li>• Het zwaartepunt van het aanpakken van arbeidsmarktproblemen ligt in de regio's. Iedere regio heeft een Regionaal Actieplan Aanpak Tekorten (RAAT), Hierin werken zorg- en welzijnsorganisaties, zorgmedewerkers, onderwijsinstellingen, zorginkopers, overheden en andere stakeholders samen aan een duurzame aanpak van de arbeidsmarkttekorten.</li> <li>• Het <u>regioteam van VWS</u> ondersteunt de regio's in hun aanpak.</li> </ul> <p><b>Resultaat afgelopen periode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Start diverse veelbelovende regionale projecten en samenwerkingen op de thema's behoud van personeel, flexwerken in de zorg, en innovatie en anders werken.</li> <li>• Om werkgevers te stimuleren om meer samen te werken rond goed werkgeverschap organiseerde het Actie Leer Netwerk kennissessies en deelde het goede voorbeelden.</li> <li>• Zorginstellingen hebben in grote getale aanvragen ingediend om met middelen vanuit de SectorplanPlus-regeling opleidingstrajecten en plannen voor behoud van hun medewerkers te realiseren.</li> <li>• Ook met het stimuleren van 'meer uren werken' worden meters gemaakt via de door VWS ondersteunde aanpak van de stichting het Potentieel Pakken.</li> <li>• Meerdere instrumenten zijn beschikbaar voor mensen die zich willen oriënteren op een studie of baan in zorg en welzijn: Sterk in je werk, de Zorginspirator, Youchooz, Ontdek de zorg en de Ik Zorg campagne.</li> <li>• Het gebruik van technologie heeft – mede onder invloed van COVID-19 – een opmars gemaakt.</li> <li>• Daarnaast vooral praktische ondersteuning aan het veld bij de arbeidsmarktgevolgen van COVID-19. Zoals met Extra handen voor de zorg, de Nationale Zorgklas en Sterk in je werk – mentale coaching. In de COVID-stand van zakenbrieven die u ontvangt, wordt u hierover geïnformeerd.</li> </ul> <p><b>De komende periode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• We zien dat het aantal medewerkers in de zorg toeneemt. Dit is vooral dankzij een <u>hogere instroom</u>. We zien tegelijkertijd een <u>hoge uitstroom en hoog ziekteverzuim</u>.</li> <li>• Het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg heeft grote prioriteit.</li> <li>• Het kabinet heeft voor de komende jaren <u>extra middelen</u> beschikbaar gesteld, oplopend tot € 130 miljoen structureel vanaf 2023.</li> <li>• Er is de afgelopen tijd een aantal relevante en bruikbare adviezen ontvangen die waardevolle <u>input</u> zijn voor het opstellen van plannen van een nieuw kabinet. Denk aan de adviezen van de <u>Commissie Werken in de Zorg</u> en zeer recent van de tijdelijke <u>SER-commissie</u>.</li> </ul>
Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanwege de urgentie van het vraagstuk heeft het kabinet besloten om ervoor te zorgen dat het Actieprogramma <i>Werken in de Zorg</i> kan worden voortgezet. Daarvoor is voor 2021 20 miljoen extra beschikbaar gesteld bovenop wat al wordt ingezet. In 2022 is dit 80 miljoen en vanaf 2023 130 miljoen per jaar.</li> </ul>
Feiten&cijfers	<p>Actieprogramma 2018-2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drie actielijnen:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Actielijn 1: Meer kiezen voor de zorg:</i> stimuleren dat meer leerlingen/studenten, zij-instromers en herintreders kiezen voor werken in zorg en welzijn.</li> <li>- <i>Actielijn 2: Beter leren in de zorg:</i> inspirerend en uitdagend onderwijs en permanent leren is de norm.</li> <li>- <i>Actielijn 3: Anders werken in de zorg:</i> Met nu al 1 op de 7 werknemers die werken in de zorg en als we die lijn doortrekken 1 op de 4 in 2040, moeten we het ook echt anders gaan doen. Bijvoorbeeld door taakherschikking en job-carving. En door meer gebruik te maken van technologie en andere innovaties.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale aanpak: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Via 14 werkgeverorganisatie Zorg en welzijn is er een landelijke dekking.</li> <li>- Regioplus is het samenwerkingsverband tussen de 14 werkgeverorganisaties.</li> <li>- Het Regioteam Werken in de Zorg werkt aan het versnellen van anders werken en behoud van personeel in de zorg én zorgt voor kortere lijnen tussen de praktijk in de regio en het beleid in Den Haag. Het werkt aan concrete projecten en verbindt verschillende initiatieven en programma's aan elkaar en pakt knelpunten beet en laten niet meer los.</li> </ul> </li> <li>• Instrumenten (onder meer): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaarlijks financiële ruimte voor marktconforme loonontwikkeling (circa € 6 mld extra over de periode 2018-2021).</li> <li>- Financiële ondersteuning van werkgevers bij het opleiden van nieuwe medewerkers met de scholingsimpuls SectorplanPlus (in totaal €420 mln in de jaren PM). In totaal is over de vier tijdvakken van SectorplanPlus door zorginstellingen in ruim 4.000 afzonderlijke opleidingsplannen voor ruim 650.000 deelnemers een subsidie aangevraagd.</li> <li>- Loopbaanbegeleiding via Sterk in je werk Plus (€15 mln voor 2019-2021).</li> <li>- Ruim aanbod van ondersteuning via het Actie Leer Netwerk.</li> <li>- De door VWS ingestelde Commissie Werken in de Zorg volgt de voortgang en voorziet zowel de regio's als VWS van advies.</li> <li>- Via data-driven monitoring is voor iedereen te volgen in welke mate de acties helpen om de opgave effectief aan te pakken.</li> </ul> </li> </ul>
Overig (zoals heikele punten en pers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het voortzetten van het Actieprogramma <i>Werken in de Zorg</i> vindt plaats in de context van de discussie over de waardering van de zorgprofessionals. Voor de oppositiepartijen is dit een discussie over het salaris in de zorg (zie factsheet m.b.t. waardering).</li> </ul>

## Factsheet: Arbeidsmarktbeleid

<b>Onderwerp:</b> Arbeidsmarktbeleid	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<p><b>In de afgelopen kabinetsperiode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De ambitie van het Actieprogramma Werken in de zorg (2018-2021) is voldoende medewerkers, die goed zijn toegerust voor en tevreden zijn met het belangrijke werk dat zij doen.</li> <li>• We hebben de sector daarom ondersteund om voldoende medewerkers te werven, te scholen (<i>instroom</i>) en te <i>behouden</i>. Omdat in de komende jaren de zorgvraag blijft stijgen in een krappe arbeidsmarkt blijft ook het <i>anders werken</i> essentieel.</li> <li>• Het zwaartepunt van de aanpak van arbeidsmarktproblemen ligt in de regio. Iedere regio heeft een Regionaal Actieplan Aanpak Tekorten (RAAT). Hierin werken zorg- en welzijnsorganisaties, medewerkers, onderwijsinstellingen, zorginkopers, overheden en andere stakeholders samen aan een duurzame aanpak van de arbeidsmarkttekorten.</li> <li>• Het <u>regioteam van VWS</u> ondersteunt de regio's in hun aanpak.</li> </ul> <p><b>Resultaat afgelopen periode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedurende het actieprogramma is de voortgang gemeten via verschillende indicatoren, waaronder het verwachte tekort, de ontwikkeling van het aantal medewerkers en de werktevredenheid. (zie feiten en cijfers)</li> <li>• Het aantal werknemers in de zorg in de jaren 2018 tot en met 2020 is toegenomen met bijna 110 duizend werknemers. Dit is het saldo van instroom en uitstroom.</li> <li>• De <i>instroom</i> is verhoogd door de inzet van o.a. SectorplanPlus en op meerdere instrumenten die beschikbaar zijn voor mensen die zich willen oriënteren op een studie of baan in zorg en welzijn: Sterk in je werk, de Zorginspirator, Youchooz, Ontdek de zorg en de Ik Zorg campagne.</li> <li>• Om het saldo van in- en uitstroom en daarmee het netto effect op de arbeidsmarkt zo groot mogelijk te maken is <i>behoud</i> belangrijk. SectorplanPlus en 'Sterk in je Werk (Plus)' dragen bij aan behoud. Daarnaast zijn er diverse projecten in de regio gericht op o.a. behoud en flexpools. Positief is dat de werktevredenheid is toegenomen.</li> <li>• Op het thema <i>anders werken</i> en innovatie gebeurt ook veel in de regio. Het gebruik van technologie heeft – mede onder invloed van COVID-19 – een opmars gemaakt. Met het stimuleren van 'meer uren werken' worden meters gemaakt via de door VWS ondersteunde aanpak van de stichting het Potentieel Pakken. Verder bevorderen we de betrokkenheid van medewerkers via Merkbaar Beter.</li> <li>• Daarnaast vooral praktische ondersteuning aan het veld bij de arbeidsmarktgevolgen van COVID-19. Zoals met Extra handen voor de zorg, de Nationale Zorgklas en Sterk in je werk – mentale coaching.</li> <li>• Via het Actie Leer Netwerk zijn op de kernthema's instroom, behoud en anders werken goede voorbeelden verzameld en breed gedeeld.</li> </ul> <p><b>De komende periode:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• We zien dat het aantal medewerkers in de zorg toeneemt. Dit is vooral dankzij een <u>hogere instroom</u>. We zien tegelijkertijd een nog <u>hoge uitstroom</u> en ook een te hoog ziekteverzuim.</li> <li>• Het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg heeft grote prioriteit.</li> <li>• Het kabinet heeft voor de komende jaren <u>extra middelen</u> beschikbaar gesteld, oplopend tot € 130 miljoen structureel vanaf 2023.</li> <li>• Er is de afgelopen tijd een aantal relevante en bruikbare adviezen ontvangen die waardevolle <u>input</u> zijn voor het opstellen van plannen van een nieuw kabinet. Denk aan de adviezen van de <u>Commissie Werken in de Zorg</u> en zeer recent van de tijdelijke <u>SER-commissie</u>.</li> </ul>

<p>Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)</p>	<p>Enkele instrumenten en resultaten op een rij:</p> <p><b>Instroom:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>SectorplanPlus</u> draagt bij in de kosten van opleidingstrajecten en activiteiten gericht op behoud van medewerkers. Het totale subsidiebudget is gedurende de looptijd (aug. 2017- aug. 2022) verhoogd tot € 420 miljoen.</li> <li>• In totaal is over de vier tijdvakken van SectorplanPlus door zorginstellingen in ruim 4.000 afzonderlijke opleidingsplannen voor ruim 650.000 deelnemers een subsidie aangevraagd.</li> <li>• In hoeverre alle opleidingsactiviteiten ook hadden plaatsgevonden zonder SectorplanPlus is niet bekend. Wel zeker is dat SectorplanPlus in een grote behoefte voorziet en veel heeft mogelijk gemaakt.</li> <li>• De <u>campagne Ik Zorg</u> is in 2018 opgezet met werkgevers en werknemers. Doel van de campagne was om mensen te interesseren voor een baan in de zorg.</li> <li>• Sinds de start van het actieprogramma Werken in de zorg is de instroom van studenten en werkenden in de zorg gestegen. Onduidelijk is welk deel als gevolg van de campagne. De campagne als geheel is bovengemiddeld gewaardeerd. In 2020 heeft de website OntdekdeZorg.NL ongeveer 165.000 bezoekers getrokken. Zij bekeken gemiddeld 4 à 5 webpagina's.</li> </ul> <p><b>Behoud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaarlijks financiële ruimte voor <u>marktconforme loonontwikkeling</u> (circa € 6 mld over de periode 2018-2021), en in 2022 bovenop de reguliere ruimte van € 1,6 mrd nog eens € 675 mln voor een extra salarisverhoging voor de middengroepen.</li> <li>- Zorgbonus: het oorspronkelijke totaal budget voor bonus 2020 was € 1,44 mld, vanwege het hoge aantal aanvragen nadien opgehoogd met € 800 mln Het totaal budget voor bonus 2021 is € 720 mln. Het totaal budget voor bonus 2020 en 2021 is daarmee ca. € 3 mld.</li> <li>- SectorplanPlus is tevens gericht op behoud van medewerkers.</li> <li>- Voor de loopbaanbegeleiding via <u>Sterk in je werk Plus</u> is over de periode 2019-2021 €15 mln beschikbaar gesteld.</li> <li>- 'Sterk in je Werk (Plus)' biedt met een persoonlijke aanpak op maat inzicht in de arbeidsmarktpositie van een (toekomstige) medewerker in Zorg en Welzijn. Sinds de start van het project zijn tot 1 oktober 2020 inmiddels in totaliteit ruim 40.000 aanmeldingen ingediend. Ongeveer 90% van de aanmeldingen leidt tot een daadwerkelijk gevolgd loopbaantraject.</li> <li>- Het gevoel van vernieuwde regie over hun loopbaan vergroot het zelfvertrouwen en het plezier in het werk. 'Sterk in je Werk' draagt daarmee ook direct bij aan het behoud van werknemers in de zorg.</li> </ul> <p><b>Anders werken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De stichting <u>Het Potentieel Pakken</u> ontwikkelt een aanpak om de deeltijdfactor te verhogen binnen zorginstellingen. Het aantal ondersteunde instellingen wordt uitgebreid van 4 naar 50.</li> <li>• Dit doet de stichting door de belemmeringen rondom meer uren werken te onderzoeken, oplossingsrichtingen te ontwikkelen en deze direct uit te testen in de praktijk.</li> <li>• Voorbeelden van instrumenten waar de stichting o.a. gebruik van maakt zijn een "roosterbooster", waarin je kunt zien hoe je rooster eruit komt te zien bij meer uren werken, en een "value case" voor bestuurders om te laten zien wat het verhogen van het aantal uren kan opleveren.</li> </ul>
---	--

	<p><b>Aanpak actieprogramma / governance:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruim aanbod van ondersteuning via het Actie Leer Netwerk.</li> <li>- De door VWS ingestelde Commissie Werken in de Zorg volgt de voortgang en voorziet zowel de regio's als VWS van advies.</li> <li>- Via data-driven monitoring is voor iedereen te volgen in welke mate de acties helpen om de opgave effectief aan te pakken.</li> </ul>
<p>Politieke afspraken en betrokken partijen (regerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanwege de urgentie van het vraagstuk heeft het kabinet besloten om ervoor te zorgen dat het Actieprogramma <i>Werken in de Zorg</i> kan worden voortgezet. Daarvoor is voor 2021 20 miljoen extra beschikbaar gesteld bovenop wat al wordt ingezet. In 2022 is dit 80 miljoen en vanaf 2023 130 miljoen per jaar.</li> </ul>
<p>Feiten en cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)</p>	<p><b>Regionale aanpak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Via 13 werkgeverorganisatie Zorg en welzijn is er een landelijke dekking. Regioplus is het samenwerkingsverband tussen de 13 werkgeversorganisaties.</li> <li>- Het Regioteam Werken in de Zorg werkt aan het versnellen van anders werken en behoud van personeel in de zorg én zorgt voor kortere lijnen tussen de praktijk in de regio en het beleid in Den Haag. Het werkt aan concrete projecten en verbindt verschillende initiatieven en programma's aan elkaar.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het zwaartepunt van de aanpak ligt in de regio met in iedere regio een eigen aanpak. Een goed voorbeeld zie ik in het zuiden van het land.</li> <li>• Op basis van het uitstroomonderzoek zet men zich actiever in voor een duurzame instroom en behoud van personeel. De partijen in de regio zien het als een sectorbreed probleem en als een gezamenlijke verantwoordelijkheid.</li> <li>• Daarom hebben 56 zorginstellingen en 12 onderwijspartijen in de zuidelijke regio's afspraken gemaakt ter verbetering van de inwerkperiode voor studenten en nieuwe medewerkers, ontwikkelmogelijkheden en een goed werkklimaat.</li> <li>• Zo zorgt het onderwijs voor een betere match tussen studenten en zorginstellingen en wordt de begeleiding van vanuit beide kanten geïntensiveerd.</li> <li>• Zorginstellingen gaan aan de slag met het verder inrichten en uitbouwen van inwerkprogramma's (ook tijdens stages). Een warm gevoel, aandacht voor het individu en de persoonlijke ontwikkeling zijn kernwoorden.</li> </ul> <p><b>Werktevreedenheid:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De werktevreedenheid is toegenomen. Vlak voor het begin van het actieprogramma (2018) was 67% van de werknemers (zeer) tevreden met hun werk. Eind 2020 was dat 81%.</li> <li>• Overigens laten niet alle indicatoren een positieve trend zien. Zo is het ziekteverzuim de afgelopen jaren toegenomen en zijn we er niet in geslaagd om de uitstroom van personeel te verlagen.</li> </ul> <p><b>Prognose tekorten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij de start van het actieprogramma (2018) bedroeg het verwachte tekort in 2022 circa 100 tot 125 duizend personen.</li> <li>• De meest recente raming (uit oktober 2020) laat een verwacht tekort van 56.300 tot 73.800 duizend personen zien in 2022.</li> </ul> <p><b>Instroom en uitstroom</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinds het eerste kwartaal van 2020 zijn 149.000 mensen de sector</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• ingestroomd en 115.000 de sector uitgestroomd</li><li>• In het voorgaande jaar waren zowel de in- als de uitstroom hoger: zowel de instroom als de uitstroom, is afgenomen met bijna 4000 personen.</li></ul> <p>Verzuim</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Het verzuim is licht gestegen van 6,1% in Q2 2020 naar 6,5% in Q2 2021.</li><li>• Ten opzichte van het pré-corona jaar Q1 2019 is een grotere stijging te zien, in Q2 2019 was het verzuim namelijk 5,7%.</li><li>• Het verzuim is het hoogst in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) (7,9%, een stijging van 1,1 procentpunt t.o.v. Q2 2019).</li></ul>
--	---

## Factsheet: Arbeidsmarkt cijfers

<b>Onderwerp: Arbeidsmarkt cijfers</b>	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De zorg heeft in de afgelopen anderhalf jaar sterk onder druk gestaan. In bepaalde delen van de zorg is de werkdruk vanwege corona sterk toegenomen, in andere delen was juist sprake van (tijdelijke) afschaling. Dit heeft grote impact gehad op de medewerkers, maar heeft ook effecten gehad op de arbeidsmarkt.</li> <li>• Het aantal werknemers in de zorg is in de periode Q1 2020 – Q1 2021 gegroeid, in ongeveer gelijke mate als het jaar daarvoor. Zowel de instroom als de uitstroom zijn iets afgenomen.</li> <li>• Het aantal vacatures is in Q2 2021 na een stabiele periode weer toegenomen.</li> <li>• Het verzuim is in Q2 2021 hoger dan in Q2 2020 en Q2 2019, mede als gevolg van corona.</li> <li>• De werkdruk blijft hoog.</li> <li>• Desondanks is 81% van de werknemers in de zorg (zeer) tevreden over hun werk en geeft 92% aan voldoende toegerust te zijn voor hun werk. Dat is iets hoger dan eind 2019, toen 78% van de werknemers (zeer) tevreden was over hun werk en 90% aangaf goed te zijn toegerust.</li> </ul>
Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Met het Actieprogramma Werken in de Zorg is de afgelopen kabinetsperiode gewerkt aan dat meer mensen in de zorg willen gaan werken en willen blijven werken.</li> <li>• Het aantrekkelijker maken van het werken in de zorg blijft hoge prioriteit houden.</li> <li>• Voor de komende jaren is hiervoor een bedrag - olopend tot 130 miljoen euro in 2023 - structureel beschikbaar gesteld.</li> </ul>
Feiten&cijfers	<p><b>Aantal werknemers en aantal fte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal werknemers en het aantal fte is in het afgelopen jaar toegenomen.</li> <li>• Van 1,25 miljoen werknemers eind Q1 2020 naar 1,29 miljoen werknemers eind Q1 2021 (seizoensgecorrigeerde aantallen).</li> <li>• En van 894.000 fte eind Q1 2020 naar 919.000 fte eind Q1 2021 (seizoensgecorrigeerde aantallen).</li> <li>• In alle branches is een groei te zien.</li> <li>• In procenten is het aantal werknemers tussen Q1 2020 en Q1 2021 met 2,7% gegroeid en het aantal fte met 2,8%. Dit is iets lager dan in het jaar daarvoor, toen de groei respectievelijk 2,8% en 3,1% was.</li> </ul> <p><b>Instroom en uitstroom</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinds Q1 2020 zijn 149.000 mensen de sector ingestroomd en 115.000 de sector uitgestroomd</li> <li>• In het voorgaande jaar waren zowel de in- als de uitstroom hoger: zowel de instroom als de uitstroom is afgenomen met bijna 4000 personen.</li> <li>• Het resultaat is dat het aantal werknemers nog steeds groeit, in ongeveer dezelfde mate als het voorgaande jaar.</li> </ul> <p><b>Vacatures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het aantal vacatures in de zorg is gestegen in het afgelopen jaar; van 34.100 in Q2 2020 naar 45.100 in Q2 2021. Dit is een stijging van 11.000 vacatures. Deze stijging vond met name plaats in Q2 2021, vanaf Q1 2020 was een daling te zien van het aantal vacatures om daarna redelijk stabiel te blijven en in Q2 2021 weer te stijgen.</li> <li>• Dit is het aantal vacatures dat aan het eind van het kwartaal open stond.</li> </ul> <p><b>Instroom in de opleidingen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het schooljaar 2020/21 zijn 72.150 studenten ingestroomd in een mbo opleiding met een studierichting in zorg en welzijn. Dit is 450 minder dan in 2019/20.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 52.110 studenten zijn in 2020/21 begonnen met een hbo opleiding in zorg en welzijn. Dit zijn er 6380 meer dan in 2019/20.</li> <li>• De instroom in de opleiding mbo-verpleegkunde bleef nagenoeg gelijk en bij verzorgende-IG was er sprake van een daling (-1.190). Bij de opleiding hbo-verpleegkunde steeg de instroom (+1.000).</li> </ul> <p><b>Aantallen gediplomeerden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het schooljaar 2019/2020 werden er 49.170 mbo-diploma's behaald met studierichting zorg en welzijn. Dit is 6.480 meer dan in 2018/19.</li> <li>• Er werden 23.480 hbo-diploma's behaald. Dit is 280 minder dan in 2018/19.</li> <li>• Het aantal gediplomeerden steeg voor hbo-verpleegkunde (+170) en mbo-verpleegkunde (+110) en daalde voor verzorgende-IG (-730).</li> </ul> <p><b>Verzuim</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het verzuim is licht gestegen van 6,1% in Q2 2020 naar 6,5% in Q2 2021.</li> <li>• Ten opzichte van het pré-corona jaar Q1 2019 is een grotere stijging te zien, in Q2 2019 was het verzuim namelijk 5,7%.</li> <li>• Het verzuim is het hoogst in de VVT (7,9%, een stijging van 1,1 procentpunt tov Q2 2019).</li> </ul> <p><b>Werkdruk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 56% van de werknemers in de zorg gaf in het voorjaar van 2021 aan dat de werkdruk goed is, 42% dat deze (veel) te hoog is. Het aandeel werknemers dat aangeeft dat de werkdruk (veel) te hoog is, is het afgelopen half jaar iets gestegen (van 39% in het najaar van 2020 naar 42% in het voorjaar van 2021). Echter is de ervaren werkdruk niet hoger dan voor corona (48% in het najaar van 2019).</li> </ul> <p><b>Tevreden met werk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 81% van de werknemers in de zorg was in het voorjaar van 2021 (zeer) tevreden met hun werk; 5% (zeer) ontevreden. In het najaar van 2019 was dat respectievelijk 78% en 5%.</li> </ul> <p><b>Toegerust voor werk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 92% van de werknemers geeft eind 2020 aan voldoende toegerust te zijn voor hun werk. Dat is iets hoger dan in het najaar van 2019 (87%).</li> <li>•</li> </ul>
--	---

## Factsheet: Bonusregeling

<b>Onderwerp: Bonusregelingen</b>	<b>Naam dossierhouder:</b> 5.1.2e
Samenvatting van het onderwerp:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar aanleiding van de motie Van Kooten-Arissen (25295-171 – toekennen bonus zorgverleners) heeft het kabinet middels een subsidieregeling in 2020 een bonus beschikbaar gesteld van netto € 1.000 aan zorgprofessionals die een uitzonderlijke prestatie hebben geleverd in de strijd tegen COVID-19.</li> <li>• Ook voor 2021 stelt het kabinet een netto bonus beschikbaar.</li> <li>• Het bedrag van bonus 2021 is inmiddels intern bekend: netto € 384,71. U ontvangt nog deze week een nota met toelichting op dit bedrag en beknopte analyse van de aanvragen. De TK wordt per brief voor de begrotingsbehandeling VWS over dit bedrag geïnformeerd.</li> <li>• De uitwerking van deze bonus is in verschillende etappes gerealiseerd. Deze factsheet zet de verschillende uitwerkingen op een rij, voorzien van een korte toelichting en stavaza.</li> </ul>
Context van het onderwerp	<p><b>Hoofdregering bonus 2020</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De Subsidieregeling bonus zorgprofessionals COVID-19 (hierna: bonusregeling) bood zorgaanbieders in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 10 november 2020 de mogelijkheid subsidie aan te vragen voor het uitkeren van een bonus van €1.000 netto.</li> <li>• Met deze bonusregeling heeft het kabinet uitvoering gegeven aan de motie Van Kooten-Arissen (25295-171 – toekennen bonus zorgverleners).</li> <li>• Het loket was oorspronkelijk geopend voor 4 weken, maar is op verzoek van de Kamer uiteindelijk bijna twee weken langer open gebleven (tot en met 10 november 2020).</li> </ul> <p><u>Eindanalyse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn in totaal 10.012 aanvragen door zorgaanbieders ingediend;</li> <li>• Er is voor 1,144 miljoen zorgprofessionals subsidie toegekend voor het uitkeren van een bonus, onderverdeeld in ruim 1,06 miljoen werknemers en bijna 84 duizend derden (zzp'ers, uitzendkrachten en ingehuurde schoonmakers);</li> <li>• Gezien het aantal zorgprofessionals van ca. 1,4 miljoen binnen Zorg en Welzijn (ca. 1,3 miljoen werknemers minder dan 2x modaal en ca. 0,1 miljoen derden) kunnen we constateren dat aan het merendeel van de zorgprofessionals een bonus is toegekend;</li> <li>• Zorgaanbieders die een subsidie hebben aangevraagd, hebben dit gemiddeld voor 88% van hun personeelsbestand gedaan;</li> <li>• Niet alle zorgaanbieders hebben een subsidieaanvraag ingediend. Afgezet tegen de gehele sector zorg en welzijn is gemiddeld voor ca. 82% van de zorgprofessionals die minder dan 2x modaal verdienen (een subsidievoorwaarde) subsidie verleend om een bonus toe te kennen.</li> <li>• Branches waarin het aanvraagpercentage hoog is, zijn de ziekenhuizen, VVT, gehandicaptenzorg (allen 91%) en de GGZ (90%);</li> </ul> <p><i>Niet opgenomen in de COVID-brief, maar volgend uit de interne evaluatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daarmee is het karakter van de bonus verschoven van een beloning voor een specifieke groep zorgprofessionals naar een generiek beloningsinstrument. Daar was de bonusregeling niet voor bedoeld, de regeling staat deze ruimhartige toekenning echter wel toe.</li> <li>• Uitgangspunt van de regeling was dat zorgaanbieders alleen voor</li> </ul>

- degenen zouden aanvragen waarop de regeling was gericht: zorgprofessionals die zich (uitzonderlijk) hebben ingezet voor patiënten en cliënten met COVID-19, dan wel zorgprofessionals die hebben bijgedragen aan de strijd tegen COVID-19;
- Zorgaanbieders vonden het echter ingewikkeld om onderscheid te maken tussen medewerkers: ze zien de strijd tegen COVID-19 als teamprestatie.
- Het hoge aanvraagpercentage heeft ertoe geleid, zoals eerder aan de TK gemeld, dat het voor de bonusregeling 2020 gereserveerde bedrag van € 1,44 miljard niet toereikend was en een aanvulling van ca. € 800 miljoen uit algemene middelen benodigd was.
- Gelet op die overschrijding en de strikte wens om in 2021 niet te overschrijden heeft het kabinet besloten dat voor de bonus 2021 een gesloten budget van €720 mln beschikbaar is.

#### Verantwoordingsprotocol

- Voor subsidies verleend  $\geq$  € 125.000 dient verantwoording a.h.v. een door VWS opgesteld protocol plaats te vinden.
- Gelet op de aard en de omvang van de bonusregeling zoekt VWS bij het opstellen van het protocol een balans tussen:
  - 1) een beperkte administratieve druk voor zorgaanbieders; en 2) voldoende informatie voor een rechtmatigheidsoordeel.
- Het gaat daarbij om grote bedragen publiek geld (€ 3 mld. voor de bonus 2020 en 2021 tezamen) waarvan het belangrijk is dat we weten dat dit geld ook echt terecht is gekomen bij de mensen waarvoor het bedoeld is.
- Dit vergt een goed ingericht verantwoordingsproces en daar zijn wij intensief mee bezig.
- Op zo kort mogelijke termijn wordt hierover nadere informatie bekend gemaakt.

#### **Pgb-bonusregeling Wmo 2015, Jeugdwet, Wlz**

- De Pgb bonusregeling voorziet in de mogelijkheid een bonus aan te vragen voor zorgverleners direct werkzaam zijn voor een pgb-budgethouder (zonder tussenkomst zorgaanbieder), waarin de hoofdregeling niet voorziet (aanvraag was alleen mogelijk voor zorgverleners werkzaam bij zorgaanbieders).
- Voor Pgb-zorgverleners die werkzaamheden verrichten bekostigd uit de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Wlz kon door de budgethouder een verzoek voor het toekennen van een bonus worden ingediend bij de SVB (uitvoerder regeling) in de periode 1 maart 2021 t/m 12 april 2021.
- In totaal zijn 19.704 aanvragen ingediend. Van de beoordeelde aanvragen zijn er 15.660 toegekend en door SVB rechtstreeks aan de betreffende zorgverleners uitbetaald.
- Het budget voor de pgb-zorgbonusregeling Wmo 2015, Jeugdwet, Wlz is vanwege het hoge aanvraagpercentage dat gezien werd bij de hoofdregeling bonus 2020 geraamd op een aanvraagpercentage van 100%. We zien dat budgethouders een afweging hebben gemaakt bij het indienen van een aanvraag welke pgb-zorgverlener in aanmerking komt voor de bonus, waardoor het aanvraagpercentage veel lager bleek te liggen dan geraamd, te weten op 24,7%. Hierdoor is het beschikbare budget van € 126 mln niet volledig benut. Het nog resterende budget – kan onder de voorwaarde dat een kasschuif door FIN/IRF wordt geaccordeerd – benut worden voor een mogelijke uitvoering van Pgb zorgbonus Zvw in 2021.

#### **Pgb bonusregeling Zvw 2020**

- De pgb-bonusregeling Wmo 2015, Jeugdwet, Wlz heeft geen betrekking op de doelgroep zorgverleners die werkzaamheden verrichten voor een pgb-budgethouder die enkel wordt bekostigd vanuit de Zvw.
- Reden hiervan is dat ca. de helft van deze doelgroep niet in beeld is bij de SVB (omdat zij de kosten rechtstreeks bij zorgverzekeraars declareren) en de mogelijkheden voor een bonusregeling voor deze doelgroep nader onderzocht moesten worden.
- De uitgangspunten van het pgb-domein Zvw (leidend principe dat gegevens van zorgverleners niet kenbaar zijn) en van het subsidierecht (harde voorwaarde is kenbaarheid ontvanger) sluiten elkaar uit. Een zorgvuldige uitwerking van de mogelijkheden van een pgb-zorgbonus Zvw kost daardoor tijd.
- Uitwerking van een Pgb-bonusregeling Zvw is aan de TK gemeld onder **de uitdrukkelijke voorwaarde dat de uitwerking binnen de budgettaire randvoorwaarden moet passen en verantwoord uitvoerbaar moet zijn**. In de COVID stavaza brief van 8 december 2020 aan de TK is gemeld dat wordt onderzocht hoe voor deze groep de bonusregeling uitgevoerd kan worden binnen de eerdergenoemde randvoorwaarden (budget + uitvoerbaarheid). In de brief van 6 juli 2021 is aangegeven dat u de Kamer na de zomer zal informeren over of er een bonusregeling voor de pgb-Zvw-zorgverleners komt.
- Uiterlijk december ontvangt u een nota met de mogelijkheden omtrent deze regeling. Vervolgens kan de TK hierover worden geïnformeerd. Indien tot uitvoering van deze regeling kan worden overgegaan, is deze niet voorzien voor eind Q1/begin Q2.

#### **Bonus 2021**

- De aanvraagloketten voor de bonus van DUS-I en SVB waren geopend van 15 juni jl. 09.00 uur tot 27 juli 18.00 uur. Zorgaanbieders (werkgevers) konden aanvragen bij DUS-i; Pgb-houders bij de SVB.
- De ingediende aanvragen worden nu beoordeeld. Nadat alle beoordelingen zijn afgerond, kan de hoogte van de bonus worden vastgesteld. De hoogte van de bonus 2021 en de pgb-zorgbonus 2021 wordt bepaald door het **gesloten** budget van €720 miljoen te delen door het aantal zorgprofessionals en pgb-zorgverleners uit de positief beoordeelde bonusaanvragen, inclusief de over deze bonussen verschuldigde belasting.
- Met de nota van 2 augustus jl. 'Eerste indruk aanvragen bonus 2021' is een eerste indruk van de ontvangen aanvragen voor bonus 2021 met u gedeeld. Zoals in deze nota vermeld lijkt het netto bonusbedrag op basis van het aantal ontvangen aanvragen hoger uit te kunnen vallen dan het eerder aan de TK gemelde netto bonusbedrag van tussen de 200 en 240 euro (bodembedrag).
- Vervolgproces:
- Het bedrag van bonus 2021 is inmiddels intern bekend: **netto € 384,71**. U ontvangt voor het herfstreces een nota met toelichting op dit bedrag en beknopte analyse van de aanvragen.
- De TK wordt per brief voor de begrotingsbehandeling VWS over dit bedrag geïnformeerd.
- Verzending beschikkingen aan zorgaanbieders en budgethouders: uiterlijk 26 oktober (13 weken na sluitingsdatum aanvraagloket).
- Bevoorschotting aan zorgaanbieders: laatste week oktober t/m

	<ul style="list-style-type: none"><li>• eerste twee weken van november.</li><li>• Uitbetaling aan budgethouders: uiterlijk 29 oktober.</li></ul>
--	--

## Factsheet: Waardering/salaris zorgpersoneel

Onderwerp: Waardering/salaris zorgpersoneel	
Kernboodschap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgprofessionals dienen een goed salaris te ontvangen voor het belangrijke werk dat zij verzetten.</li> <li>• Om een concurrerende salarisontwikkeling mogelijk te maken, stel ik jaarlijks de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) beschikbaar. Deze kabinetsperiode ging dat om circa € 6 miljard in de periode 2018-2021.</li> <li>• Daarnaast heeft dit kabinet nog eens incidenteel € 3 miljard uitgetrokken voor een bonus in 2020 en 2021 voor zorgprofessionals die een extra corona-inspanning hebben verricht.</li> <li>• De beschikbare arbeidsvoorwaardenruimte vertaalt zich uiteindelijk in de cao's die in de sector worden afgesloten. Zo zijn de salarissen in de ziekenhuizen en bij de ambulancezorg met 5% omhoog gegaan per 1 januari 2020 en nog eens 3% per 1 januari 2021.</li> <li>• De afgelopen jaren zijn de salarissen in de zorg meegestegen met de ontwikkeling in de markt en zelfs veelal daar wat boven. Dit wordt ook bevestigd in het SER-advies "Aan de slag voor de zorg". Daaruit blijkt dat OVA-systematiek zijn werk doet.</li> <li>• Voor 2022 bedraagt de jaarlijkse overheidsbijdrage circa 1,6 miljard euro bovenop de eerder al beschikbaar gestelde middelen. Dit maakt een structurele loonstijging van circa 2,5% voor alle medewerkers in de zorg mogelijk.</li> <li>• Om nog een extra stap te kunnen zetten voor verpleegkundigen en andere zorgprofessionals specifiek in de middengroepen, heeft het kabinet – in reactie op de motie van de leden Hijink en Bikker - op 23 september aangekondigd nog eens 675 miljoen euro extra beschikbaar te stellen. Dit maakt – bovenop de 2,5% - nog een additionele loonsverhoging voor de middengroep van 1,5% mogelijk.</li> <li>• Tot slot wil ik er nog op wijzen dat waardering en de aantrekkelijkheid van werken in de zorg van veel meer afhankelijk is dan salaris. Zaken als professionele autonomie, zeggenschap, ontwikkelmogelijkheden zijn zeker zo belangrijk. Dat bevestigt ook de SER.</li> <li>• Met het brede pakket voor werken in de zorg zoals dat op Prinsjesdag 2020 is aangekondigd worden al een flink aantal van de door de SER genoemde agendapunten opgepakt. Hiervoor is ook een bedrag olopend tot 130 miljoen euro structureel beschikbaar gesteld.</li> </ul>
Argumentatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als VWS zorgen we ervoor dat er ieder jaar voldoende budget beschikbaar is om een marktconforme loonontwikkeling in zorg en welzijn mogelijk te maken.</li> <li>• Dit blijkt in de praktijk ook goed te werken aangezien de loonontwikkeling in de zorg in de pas loopt met die in andere sectoren.</li> <li>• De SER-commissie heeft bij haar advies cijfers uit een door de brancheorganisaties geïnstigeerd loonvergelijkingsonderzoek door AWWN gepresenteerd waaruit blijkt dat het niveau van de eindsalarissen van zorgprofessionals in de middengroepen achterblijft bij de rest van de publieke sector (gemiddeld 6%) en nog wat meer achterblijft bij de marktsector (gemiddeld 9%).</li> <li>• De ova-systematiek maakt zoals gezegd een gelijke loon(kosten)ontwikkeling mogelijk, maar een eventueel <i>niveaoverschil</i> in lonen blijft bestaan.</li> <li>• Om tot een hoger loonniveau te komen zal een – eenmalige – aanvulling op de ova moeten worden overeengekomen.</li> <li>• Voor 2022 wordt de ova daartoe, met instemming van de ova-conveantpartners, eenmalig met 1,13% structureel opgehoogd. Deze ophoging wordt vertaald in een extra indexatie van de periodieken in het middengebouw met gemiddeld 1,5%.</li> <li>• Om het loonniveau in de zorg desgewenst verder te verhogen zijn vele varianten</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>denkbaar. De kosten hiervan zijn afhankelijk van de gekozen variant, de ambitie voor het (relatieve) loonniveau en het voorziene tijdpad en ingroeipad. In de brief in reactie op het SER-advies wordt een aantal varianten besproken.</li> </ul>																																																																																									
<p>Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)</p>	<p>Op basis van het in 1999 afgesloten ova-convenant tussen werkgevers en VWS wordt jaarlijks de overheidsbijdragen in de arbeidskostenontwikkeling beschikbaar gesteld. Deze is voldoende om een concurrerende salarisverhoging mogelijk te maken en daar wordt in principe ook niet van afgeweken door kortingen of ophogingen.</p> <p>In reactie op het SER advies waarin geconcludeerd werd dat het salarisniveau aan het eind van de schalen van de middengroepen achterblijft bij dat in de publieke en marktsector heeft het demissionaire kabinet een brief met varianten om hier iets mee te doen naar de Tweede Kamer gestuurd. De gekozen insteek is daarbij steeds geweest om als demissionair kabinet over de keuzes hieromtrent geen invullingen te doen.</p> <p>Na de door de Tweede Kamer aangenomen met brede steun aangenomen motie van Hijink en Bikkers om € 600 mln. extra salarisverhoging ter beschikking te stellen, heeft het demissionaire uiteindelijk besloten om hiervoor € 675 mln. ter beschikking te stellen onder de voorwaarden dat sociale partners instemmen met de beoogde inzet voor het inlopen van achterstand bij middengroepen van deze middelen.</p> <p>Verdere/nadere keuzes zijn naar aanleiding van het SER-advies en de kabinetsreactie daarop zijn aan het volgende kabinet.</p>																																																																																									
<p>Feiten &amp; cijfers</p>	<p><b>Gemiddelde beloningen verzorgende en verpleegkundigen in vvt en ziekenhuis</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Beroep</th> <th colspan="2">Gemiddelde beloning 20-24 jarigen (excl./incl. ORT)</th> <th colspan="2">Gemiddelde beloning 35-39 jarigen (excl./incl. ORT)</th> <th colspan="2">Gemiddelde beloning 55-59 jarigen (excl./incl. ORT)</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>verzorgende verpleeg- en verzorgingshuis</td> <td>2283</td> <td>2547</td> <td>2985</td> <td>3413</td> <td>3135</td> <td>3566</td> </tr> <tr> <td>verpleegkundige verpleeg- en verzorgingshuis</td> <td>2656</td> <td>2890</td> <td>3497</td> <td>3781</td> <td>3713</td> <td>4050</td> </tr> <tr> <td>verpleegkundige algemene ziekenhuiszorg</td> <td>2622</td> <td>2903</td> <td>3892</td> <td>4232</td> <td>4124</td> <td>4434</td> </tr> <tr> <td>IC verpleegkundige ziekenhuis</td> <td>2780</td> <td>3243</td> <td>4323</td> <td>4805</td> <td>4583</td> <td>5073</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Cao's, looptijden en loonstijgingen</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cao</th> <th>Looptijd</th> <th>Cao-loonstijging in 2020 en 2021</th> <th>Status onderhandelingen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Umc's</td> <td>1-1-2018 t/m 31-12-2020</td> <td>3% per 1-8-2020</td> <td>Onderhandelingen zitten vast-staking</td> </tr> <tr> <td>Ziekenhuizen</td> <td>1-4-2019 t/m 1-7-2021</td> <td>5% per 1-1-2020 en 3% per 1-1-2021</td> <td>Onderhandelingen zitten vast</td> </tr> <tr> <td>Ambulance</td> <td>1-1-2020 t/m 1-7-2021</td> <td>5% per 1-1-2020 en 3% per 1-1-2021</td> <td>In onderhandeling</td> </tr> <tr> <td>GGZ</td> <td>1-6-2019 t/m 1-12-2021</td> <td>3% per 1-8-2020 en 2,1% per 1-6-2021</td> <td>Beginnen na de zomer</td> </tr> <tr> <td>Huisartsenzorg</td> <td>1-1-2021 t/m 31-12-2021</td> <td>3% per 1-4-2020 en 2% per 1-6-2021</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gehandicaptenzorg</td> <td>1-4-2019 t/m 1-10-2021</td> <td>3,4% per 1-6-2020 en 3,15% per 1-6-2021</td> <td>Beginnen na de zomer</td> </tr> <tr> <td>VVT</td> <td>1-7-2019 t/m 31-8-2021</td> <td>3,5% per 1-6-2020 en 3% per 1-7-2021</td> <td>Cao verlengd t/m 31-12-2021</td> </tr> <tr> <td>Jeugdzorg</td> <td>1-4-2019 t/m 31-12-2020</td> <td>4% per 1-1-2020</td> <td>Cao verlengd t/m 31-12-2021</td> </tr> <tr> <td>Geboortezorg</td> <td>1-1-2020 t/m 31-12-2020</td> <td>3% per 1-7-2020</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sociaal werk</td> <td>1-7-2019 t/m 30-6-2021</td> <td>3,25% per 1-7-2020</td> <td>In onderhandeling</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Ova-percentages</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Jaar</th> <th>Percenta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Beroep	Gemiddelde beloning 20-24 jarigen (excl./incl. ORT)		Gemiddelde beloning 35-39 jarigen (excl./incl. ORT)		Gemiddelde beloning 55-59 jarigen (excl./incl. ORT)								verzorgende verpleeg- en verzorgingshuis	2283	2547	2985	3413	3135	3566	verpleegkundige verpleeg- en verzorgingshuis	2656	2890	3497	3781	3713	4050	verpleegkundige algemene ziekenhuiszorg	2622	2903	3892	4232	4124	4434	IC verpleegkundige ziekenhuis	2780	3243	4323	4805	4583	5073	Cao	Looptijd	Cao-loonstijging in 2020 en 2021	Status onderhandelingen	Umc's	1-1-2018 t/m 31-12-2020	3% per 1-8-2020	Onderhandelingen zitten vast-staking	Ziekenhuizen	1-4-2019 t/m 1-7-2021	5% per 1-1-2020 en 3% per 1-1-2021	Onderhandelingen zitten vast	Ambulance	1-1-2020 t/m 1-7-2021	5% per 1-1-2020 en 3% per 1-1-2021	In onderhandeling	GGZ	1-6-2019 t/m 1-12-2021	3% per 1-8-2020 en 2,1% per 1-6-2021	Beginnen na de zomer	Huisartsenzorg	1-1-2021 t/m 31-12-2021	3% per 1-4-2020 en 2% per 1-6-2021		Gehandicaptenzorg	1-4-2019 t/m 1-10-2021	3,4% per 1-6-2020 en 3,15% per 1-6-2021	Beginnen na de zomer	VVT	1-7-2019 t/m 31-8-2021	3,5% per 1-6-2020 en 3% per 1-7-2021	Cao verlengd t/m 31-12-2021	Jeugdzorg	1-4-2019 t/m 31-12-2020	4% per 1-1-2020	Cao verlengd t/m 31-12-2021	Geboortezorg	1-1-2020 t/m 31-12-2020	3% per 1-7-2020		Sociaal werk	1-7-2019 t/m 30-6-2021	3,25% per 1-7-2020	In onderhandeling	Jaar	Percenta		
Beroep	Gemiddelde beloning 20-24 jarigen (excl./incl. ORT)		Gemiddelde beloning 35-39 jarigen (excl./incl. ORT)		Gemiddelde beloning 55-59 jarigen (excl./incl. ORT)																																																																																					
verzorgende verpleeg- en verzorgingshuis	2283	2547	2985	3413	3135	3566																																																																																				
verpleegkundige verpleeg- en verzorgingshuis	2656	2890	3497	3781	3713	4050																																																																																				
verpleegkundige algemene ziekenhuiszorg	2622	2903	3892	4232	4124	4434																																																																																				
IC verpleegkundige ziekenhuis	2780	3243	4323	4805	4583	5073																																																																																				
Cao	Looptijd	Cao-loonstijging in 2020 en 2021	Status onderhandelingen																																																																																							
Umc's	1-1-2018 t/m 31-12-2020	3% per 1-8-2020	Onderhandelingen zitten vast-staking																																																																																							
Ziekenhuizen	1-4-2019 t/m 1-7-2021	5% per 1-1-2020 en 3% per 1-1-2021	Onderhandelingen zitten vast																																																																																							
Ambulance	1-1-2020 t/m 1-7-2021	5% per 1-1-2020 en 3% per 1-1-2021	In onderhandeling																																																																																							
GGZ	1-6-2019 t/m 1-12-2021	3% per 1-8-2020 en 2,1% per 1-6-2021	Beginnen na de zomer																																																																																							
Huisartsenzorg	1-1-2021 t/m 31-12-2021	3% per 1-4-2020 en 2% per 1-6-2021																																																																																								
Gehandicaptenzorg	1-4-2019 t/m 1-10-2021	3,4% per 1-6-2020 en 3,15% per 1-6-2021	Beginnen na de zomer																																																																																							
VVT	1-7-2019 t/m 31-8-2021	3,5% per 1-6-2020 en 3% per 1-7-2021	Cao verlengd t/m 31-12-2021																																																																																							
Jeugdzorg	1-4-2019 t/m 31-12-2020	4% per 1-1-2020	Cao verlengd t/m 31-12-2021																																																																																							
Geboortezorg	1-1-2020 t/m 31-12-2020	3% per 1-7-2020																																																																																								
Sociaal werk	1-7-2019 t/m 30-6-2021	3,25% per 1-7-2020	In onderhandeling																																																																																							
Jaar	Percenta																																																																																									

	ge					
2018	2,96%					
2019	3,42%					
2020	3,28%					
2021	2,01%					
2022	3,87%*					
* Dit betreft de mev-raming (2,74%) plus de beleidsmatige aanpassing van 1,13%. Het definitieve ova-percentage voor 2022 wordt vastgesteld aan de hand van het CEP 2022 (voorjaar 2022).						
<b>Ramingen van de OVA en realisaties</b>						
	OVA 2017	OVA 2018	OVA 2019	OVA 2020	OVA 2021	OVA 2022
CEP 2016	1,54%	1,24%	1,16%			
MEV 2017	1,76%	2,14%	1,67%			
CEP 2017	2,04%	2,68%	2,84%	2,44%		
MEV 2018		3,30%	3,04%	3,20%		
CEP 2018		2,96%	4,08%	3,84%	3,40%	
MEV 2019			4,12%	3,84%	3,40%	
CEP 2019			3,42%	2,52%	2,76%	2,58%
MEV 2020				2,96%	2,76%	2,58%
CEP 2020				3,28%	3,24%	2,68%
MEV 2021					1,72%	1,50%
CEP 2021					2,01%	1,72%
MEV 2021						2,74%
Geraamde ova ten tijde van CEP t-1; relevant voor aanpassing gereguleerde tarieven jaar t						
Geraamde ova ten tijde van MEV t-1; relevant voor budgettaire kaders jaar t						
<b>Definitieve ova jaar t</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit een vergelijking van de vergoeding voor ziekenhuisverpleegkundigen van de OECD blijkt dat deze in Nederland hoger liggen dan het gemiddeld salaris. Nederlandse ziekenhuisverpleegkundigen verdienen 1,18 keer meer dan de gemiddelde werknemer in Nederland.</li> <li>• In de vergelijking van de OECD zien we dat voor de meeste Europese landen die in de vergelijking zijn opgenomen (o.a. Duitsland, Frankrijk en Italië) geldt dat dit ratio lager ligt dan in Nederland. De OECD maakt geen internationale vergelijking voor verzorgenden of verpleegkundigen in andere branches.</li> <li>• In opdracht van de brancheorganisaties zorg heeft AWWN een loonvergelijkingsonderzoek laten doen. In dat rapport wordt geconcludeerd dat, geabstraheerd bijvoorbeeld van inkomen verkregen door onregelmatigheidstoelagen, zorgprofessionals in vier van de vijf onderzochte cao's in het midden van het loonebouw (fwg 35 tot fwg 65) relatief achterblijven ten opzichte van vergelijkbare functies in de publieke (6%) en marktsector (9%).</li> </ul>						
Overig (zoals heikele punten en pers)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door vastlopende cao-onderhandelingen dreigen acties.</li> <li>• Met het beschikbaar komen van € 675 miljoen is een eerste stap gezet in het inlopen van de achterstand op salarisoniveau voor de middengroepen. Zeer wel denkbaar is dat met name werkgeversverenigingen, maar ook werknemersverenigingen zullen aandringen op extra middelen om de achterstand geheel te dichten.</li> </ul>					



50 - 71

5.1.2i Concept

•

## 3.6 Achtergrond (factsheets e.d.)

## 2. Factsheet: IC-zorg en capaciteit

<b>Onderwerp: IC-zorg en capaciteit</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ook voor aankomend najaar/winter moeten we rekening houden met een mogelijke zware belasting op de zorg.</li> <li>• De (zorg)capaciteit wordt voor een groot deel bepaald door de beschikbaarheid van zorgprofessionals. Daar ligt nu juist het probleem. Het ziekteverzuim neemt toe en de uitstroom van IC-verpleegkundigen is hoger dan de instroom.</li> <li>• De ROAZ-voorzitters hebben recent aangegeven dat er voor een piekperiode kortdurend maximaal 1.350 IC-bedden in Nederland beschikbaar zijn.</li> <li>• Deze 1350 bedden zijn als volgt opgebouwd: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 350 IC-bedden voor acute niet-planbare zorg;</li> <li>- 200 BOSS-bedden;</li> <li>- 400 IC-bedden voor planbare- en inhaalzorg;</li> <li>- 200 IC-bedden voor de griep;</li> <li>- 200 IC-bedden voor COVID-19 patiënten.</li> </ul> </li> <li>• We hebben de LNAZ 15 september 2021 gevraagd om een evaluatie van het Opschalingsplan dat bestaat uit de onderdelen 'Terugkijken, leren en evalueren' en 'Vooruitkijken'. Op basis daarvan moet de LNAZ aangeven op welke punten het Opschalingsplan aangepast moet worden. Eind oktober zal de LNAZ dit opleveren.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaciteit van IC-zorg is en blijft een aandachtspunt.</li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De toenmalige minister MZS heeft het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gevraagd om een Opschalingsplan. Dit plan is op 30 juni 2020 aangeleverd.</li> <li>• Het Opschalingsplan voorziet in een opschaling van IC-bedden en klinische verpleegbedden, met daarbij ook maatregelen op het vlak van onder meer de inzet en opleiding van personeel, vervoer, coördinatie, monitoring en informatiedeling.</li> <li>• Voor de uitvoering van het plan heeft het kabinet voor de jaren 2020-2022 circa 450 miljoen euro beschikbaar gesteld aan de ziekenhuizen.</li> <li>• Dit plan is nu (oktober 2021) nog steeds van kracht en wordt door LNAZ geëvalueerd. Resultaten zijn eind oktober bekend.</li> </ul> <p><u>Opbouw opschalingsplan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100% structureel beschikbaar maken van de reeds bestaande IC-capaciteit. Totaal fase 1: 1150 IC-bedden</li> <li>2. Uitbreiden van de IC-capaciteit met 200 extra vaste IC-bedden (en 400 klinische bedden), voor de duur van de pandemie. Op 1 oktober 2020 moest deze stap gerealiseerd zijn. Totaal fase 2: 1350 IC-bedden</li> <li>3. Verdere uitbreiding met 350 extra flexibele IC-bedden (en 700 klinische bedden) die alleen worden ingezet voor COVID-19-patiënten om een grote piek op te vangen. Gaat ten koste van de beschikbaarheid van bedden voor andere patiënten (griep/planbare- en inhaalzorg/ evt. BOSS-bedden). Op 1 januari 2021 moest deze stap gerealiseerd zijn. Totaal fase 3: 1700 IC-bedden.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In fase 1 is de financiering van de opschaling (beschikbaarheid van bedden en daadwerkelijk gebruik) de verantwoordelijkheid van ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Voor de financiering van de beschikbaarheid in fase 2 en</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 is er een VWS-subsidieregeling voor de ziekenhuizen. Overigens betaalt VWS via die regeling ook in fase 1 mee aan opleidingen en incidentele kosten (verbouwing, inventaris en crisisvoorraad geneesmiddelen).</li> <li>• De bedragen die met de VWS-subsidieregeling zijn gemoeid zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2020: € 92 miljoen (realisatie)</li> <li>- 2021: € 190 miljoen (prognose)</li> <li>- 2022: € 162 miljoen (prognose)</li> </ul> </li> <li>• Met name de personele kant is de beperkende factor bij de mogelijkheden om de IC-capaciteit uit te breiden.</li> <li>• Hierbij werd – naast de werving van nieuw personeel en het verhogen van contracturen van bestaand personeel – vooral ingezet op de opleiding van "buddies" voor IC-verpleegkundigen. Dat zijn verpleegkundigen van andere afdelingen die kunnen bijspringen op de IC en daar werkzaamheden kunnen uitvoeren onder verantwoordelijkheid van een IC-verpleegkundige.</li> </ul>
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als er dit najaar/deze winter meer dan 200 IC-bedden voor COVID-19 patiënten nodig zijn, dan kan dit aantal tijdelijk worden uitgebreid.</li> <li>• Zo kan er tijdelijk wat meer speling zijn als er weinig of geen griep is.</li> <li>• Ook kan er tijdelijk wat speling zijn op de planbare zorg. Echter, het afschalen van planbare zorg brengt gezondheidsschade, mogelijk verlies van levensjaren en sociale en economische gevolgen met zich mee (langer niet meedoen aan maatschappij).</li> <li>• Er kan niet ingeteerd worden op de IC bedden voor zorg die acuut nodig is.</li> <li>• We moeten voorkomen dat er opnieuw zorg afgeschaald moet worden.</li> <li>• We zijn aan het kijken of en hoe we de beschikbare IC-capaciteit optimaal kunnen inzetten en waar mogelijk extra flexibiliteit kunnen inbouwen.</li> <li>• Dat doet VWS op twee manieren: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het inzetten van IC capaciteit in Duitsland. VWS heeft met collega Laumann van Noordrijn-Westfalen de al bestaande afspraken over het overnemen van elkaars patiënten als we tegen de grenzen aanlopen, opnieuw bekrachtigd.</li> <li>2. VWS heeft het LNAZ gevraagd te verkennen of de COVID-19-zorg op de IC en in de kliniek in tijden van piekbelasting anders ingericht kan worden. Hierbij kun je denken aan concentratie van COVID-zorg op een beperkt aantal plekken die flexibel kunnen worden ingericht. Een dezer dagen ontvangen we advies hierover van de LNAZ.</li> </ol> </li> </ul>
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen)	Het onderwerp capaciteit IC-zorg en inhaalzorg staat volop in de politieke belangstelling.
Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)	<p><u>Maximale IC-bezetting</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eerste golf:</b> In de eerste golf werd pas vanaf eind april ook aangegeven hoeveel non-COVID IC bedden bezet waren. Daarvoor is deze data dus niet beschikbaar.</li> <li>• <b>Tweede golf:</b> Maximale IC-bezetting (Covid en non-COVID) tijdens de tweede golf ligt op 1.146 IC-bedden.</li> <li>• <b>Derde golf:</b> Maximale IC-bezetting (COVID en non-COVID) tijdens de derde golf ligt op 1.278 IC-bedden.</li> </ul> <p><u>Maximale COVID-bezetting IC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eerste golf:</b> Maximale COVID-bezetting op de IC tijdens de eerste golf ligt op 1.424 Covid-patiënten.</li> <li>• <b>Tweede golf:</b> Maximale COVID-bezetting op de IC tijdens de tweede golf ligt op 841 Covid-patiënten.</li> <li>• <b>Derde golf:</b> Maximale COVID-bezetting op de IC tijdens de derde golf ligt op 731 COVID-patiënten.</li> </ul> <p>Huidige cijfers (26 oktober 2021):</p>

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Instroom COVID-patiënten op de IC: 14</li><li>• Bezetting COVID-patiënten op de IC: 192</li><li>• Totale bezetting op de IC (COVID en non COVID): 767</li></ul> |
|--|---|

## Corona

## 3. Factsheet: Testen spoor 1/ GGD'en

<b>Onderwerp: Testen Spoor 1/ GGD'en</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ook komend (half) jaar zal het testen op COVID-19 nog nodig zijn. In welke mate precies is nog onbekend.</li> <li>• In de "Aanpak najaar" die ik op 14 september aan uw Kamer heb aangeboden wordt aan de hand van scenario's geschets hoe de endemische fase en de overgangperiode daarnaartoe eruit kunnen zien en welk instrumentarium daarbij nodig kan zijn.</li> <li>• Aangezien het verloop van de de corona epidemie grillig verloopt is het lastig exact te voorspellen wanneer de endemische fase aanbreekt.</li> <li>• Een realistisch scenario is dat er oplevingen van het virus blijven plaatsvinden waarbij de inzet op monitoren, testen en traceren en vaccineren onverminderd van belang blijven.</li> <li>• In het najaar beslissen we wat er in 2022 precies nodig zal zijn.</li> <li>• Vooral nog zitten we in een overgangsfase en daarom heb ik de Landelijke Coördinatiestructuur Testcapaciteit (LCT) gevraagd om mij te adviseren over de inrichting van de testlandschap voor de overgangsfase van de pandemische naar de endemische fase. Hierover zal ik uw Kamer later dit najaar informeren.</li> <li>• Het RIVM prognosticeert op basis van het aantal infectieziekte klachten de vraag in Q4 dit jaar en Q1 volgend jaar op 60.000 tot 110.000 testen per dag. Daarbij geeft het LCT aan dat nooit 100% van de mensen met aan Covid gelijkende klachten ook daadwerkelijk gaat testen. Bijvoorbeeld omdat ze een zelftest doen. Op basis van dat gedragsaspect gaan we er vanuit dat er maximaal 40.000 testen per dag nodig zijn in Q4 bij de GGD'en..</li> <li>• In 2022 is voornamelijk €753 mln. gereserveerd voor de testcapaciteit die door Dienst Testen wordt ingekocht (testen bij de labs voor de GGD'en, of bijv zelftesten).</li> <li>• Op het moment dat het verantwoord is om af te bouwen, zal dat uiteraard ook gebeuren. Testen is immers niet goedkoop.</li> <li>• Afbouw kan voortkomen uit veranderende omstandigheden of veranderd testbeleid.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Testcapaciteit voor de GGD'en in Spoor 1 is voor 2022 nog lastig te voorspellen en is van veel factoren afhankelijk</li> <li>- Testcapaciteit van de GGD'en is vastgesteld op 40.000 testen per dag in Q4, waarbij snel opgeschaald moet kunnen worden in 1 week naar 50.000, en in twee weken naar 60.000 testen per dag.</li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vanuit de Kamer zal voornamelijk de vraag komen of het testen nog nodig is, en of de opbrengsten wel opwegen tegen de kosten.</li> </ul>
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is een advies gevraagd aan de LCT over de inrichting van het testlandschap voor de overgangsfase van de pandemische fase naar de endemische fase.</li> <li>- De meest recente vraagprognose van de LCT op basis van RIVM data gaat uit van 60.000 tot 110.000 mensen per dag die getest zouden kunnen worden op basis van het beleid. Op basis van gedragservaring is de vraag aan de GGD reeds neerwaarts bijgesteld naar 40.000</li> </ul>
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vanuit de Kamer is altijd aangegeven dat er voldoende testcapaciteit moet zijn, maar dat er ook efficiënt omgegaan moet worden met publieke middelen.</li> </ul>

mijlpalen e.d.)	
Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in m.b.t. het thema)	Voor 2021 was €5,5 miljard begroot voor het testen op COVID-19. Dit is zowel testen via de GGD bij klachten, maar ook de aanschaf van zelftesten en laboratorium materialen en ook testen voor toegang en het testen van werknemers bij klachten. Voor 2022 is er €753 mln. begroot voor testcapaciteit ingekocht door Dienst Testen.

## 4. Factsheet: Testen spoor 2 (SON+ XL-locaties)

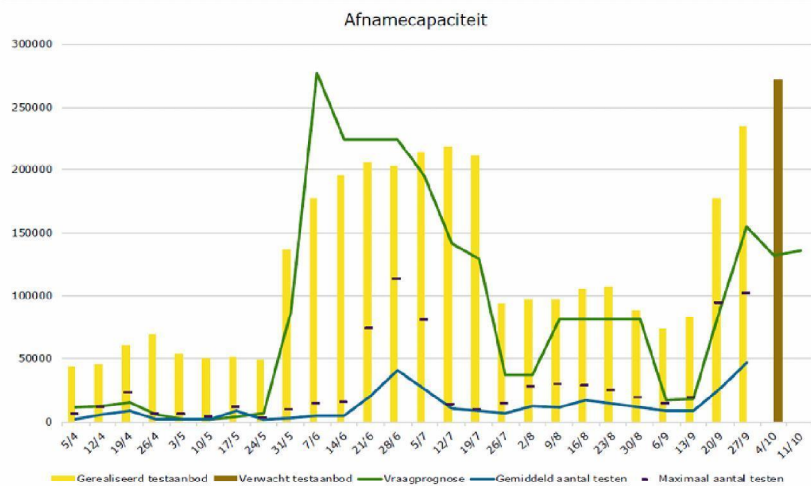
<b>Onderwerp: spoor 2 (SON)</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stichting Open Nederland heeft de opdracht om voor het testen voor corona toegangsbewijzen de testcapaciteit te organiseren en te coördineren.</li> <li>- Op dit moment worden de CTB's breed ingezet om er voor te zorgen dat de samenleving weer open kan. Over de mogelijke inzet van coronatoegangsbewijzen in 2022 moet nog besluitvorming plaatsvinden.</li> <li>- Dit is mede afhankelijk van de epidemiologische situatie.</li> <li>- Voor 2022 zijn daarom vooralsnog nog geen middelen geraamd voor toegangstesten, ook niet voor de coördinerende taken van SON voor de testcapaciteit voor toegangstesten.</li> <li>- Er wordt en blijft toezicht gehouden op de werkzaamheden van SON: <ul style="list-style-type: none"> <li>o SON heeft sinds 7 september 2021 een raad van toezicht, welke controle houdt op de werkzaamheden die uitgevoerd worden door SON.</li> <li>o SON heeft een onafhankelijk accountant ingehuurd, welke de controle doet op alle uitgaven van SON.</li> <li>o Er is sprake van intensief overleg tussen VWS en SON om de realisatie te monitoren en verantwoording te controleren en vindt er controle plaats op de facturatie van SON.</li> </ul> </li> <li>• In de begroting is voor 2021 € 753 miljoen opgenomen. De verplichtingen van fase 0 tot en met fase 3d voor de uitvoering van toegangstesten door Stichting Open Nederland (van februari tot september 2021) betreffen €484,5 miljoen. (zonder de kosten voor de antigeentest; deze wordt om-niet geleverd door DienstTesten uit de centrale voorraad)</li> <li>• In oktober vindt de gehele afrekening van fase 0 tot en met fase 3d plaats, waarna definitieve realisatie cijfers bekend zijn.</li> <li>• De uiteindelijke realisatiekosten zullen nog naar verwachting lager uitvallen dan begroot. Over de realisatie in 2021 wordt u in het jaarverslag geïnformeerd.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De begrote kosten (contractwaardes ) van fase 0 tot en met fase 3d voor de uitvoering van toegangstesten door Stichting Open Nederland (van februari tot september) betreft €484,5 miljoen. (zonder de kosten voor de antigeentest; deze wordt om-niet geleverd door DienstTesten)</li> <li>• In oktober vindt de gehele afrekening van fase 0 tot en met fase 3d plaats, waarna definitieve realisatie cijfers bekend zijn.</li> <li>• De uiteindelijke realisatiekosten zullen nog naar verwachting lager uitvallen dan begroot. Over de realisatie in 2021 wordt u in het jaarverslag geïnformeerd.</li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het kader van het openen en continueren van de samenleving hebben de ministeries van VWS, EZK en OCW gezamenlijk spoor 2a 'Testen voor toegang tot het sociale leven' vormgegeven. In dit spoor krijgen burgers op basis van een testuitslag een testbewijs waarmee ze tijdelijk toegang kunnen krijgen tot sport- en jeugdactiviteiten, culturele instellingen, evenementen, restaurants en overige horeca en doorstroomlocaties.</li> <li>• Tot 10 oktober 2021 bestaat de testcapaciteit voor Toegangstesten uit XL-paviljoens en testlocaties vanuit SON.</li> </ul> <p>XL-locaties in spoor 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De de opbouw, beheer en de afbouw van de 6-8 XL locaties is uitgevoerd door Loveland en de kosten hiervoor zijn begroot op een</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• maximum van €35 miljoen exclusief BTW.</li> </ul> <p>SON</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichting Open Nederland (SON) is een private stichting die uitvoering geeft aan de opdracht om de testcapaciteit voor spoor 2a te realiseren.</li> <li>• Het kabinet heeft besloten de Stichting een opdracht te geven voor het realiseren van speciale teststraten vanwege het non-profit karakter, de ervaring die werd ingebracht en de snelheid die nodig was.</li> <li>• Deze Stichting had een kwartiermakersfunctie en in de latere fasen een coördinerende functie om met hulp van het bedrijfsleven snel een landelijk dekkend netwerk van testaanbieders voor toegangstesten te realiseren.</li> </ul>																				
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	NVT																				
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)	NVT																				
Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)	<p>Hieronder vindt u een tabel met de begrote kosten (contractwaardes) per fase voor de uitvoering van toegangstesten door Stichting Open Nederland (zonder de kosten voor de antigeentest; deze wordt om-niet geleverd door DienstTesten) van februari 2021 tot en met oktober 2021. In oktober vindt de gehele afrekening van fase 0 tot en met fase 3d plaats, waarna definitieve realisatie cijfers bekend zijn. De uiteindelijke realisatiekosten zullen nog naar verwachting lager uitvallen dan begroot.</p> <p>Over de realisatie in 2021 wordt u in het jaarverslag geïnformeerd.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fase SON</th> <th>Begrootte kosten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fase 0 (6 februari-5 maart)</td> <td>€5,5 miljoen</td> </tr> <tr> <td>Fase 1 (6 maart- 30 maart)</td> <td>€79 miljoen</td> </tr> <tr> <td>Fase 2 (1 april- 30 april)</td> <td>€104 miljoen</td> </tr> <tr> <td>Fase 3a (31 april- 27 mei)</td> <td>€56,5 miljoen</td> </tr> <tr> <td>Fase 3b (28 mei- 27 juni)</td> <td>€69 miljoen</td> </tr> <tr> <td>Fase 3c (26 juni- 22 juli)</td> <td>€95 miljoen</td> </tr> <tr> <td>Fase 3d (23 juli- 31 augustus)</td> <td>€75,5 miljoen</td> </tr> <tr> <td>Fase 3<sup>e</sup> (september)</td> <td>€84 miljoen</td> </tr> <tr> <td>Fase 3f (oktober)</td> <td>€165 miljoen*</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Deze fase is ruim begroot, omdat de inschatting voor de behoefte aan testcapaciteit lastig in te schatten was voor oktober, vanwege het betalen van een prijs per afgenomen test in de nieuwe Open House zonder een maximale afname.</p> <p>In onderstaande afbeelding is te zien wat de gerealiseerde testcapaciteit is (gele staven), de vraagprognose (groene lijn) en de gemiddelde testafname per week (blauwe lijn). Een aandachtspunt is dat in deze afbeelding de gemiddelde testafname per week is opgenomen. In het weekend is de testafname vele mate hoger dan door de weeks. In de afbeelding wordt daarom tevens aangegeven wat de maximale afgenomen testcapaciteit is; dit is maximaal 120.000 testen per dag (zwarte streepjes).</p>	Fase SON	Begrootte kosten	Fase 0 (6 februari-5 maart)	€5,5 miljoen	Fase 1 (6 maart- 30 maart)	€79 miljoen	Fase 2 (1 april- 30 april)	€104 miljoen	Fase 3a (31 april- 27 mei)	€56,5 miljoen	Fase 3b (28 mei- 27 juni)	€69 miljoen	Fase 3c (26 juni- 22 juli)	€95 miljoen	Fase 3d (23 juli- 31 augustus)	€75,5 miljoen	Fase 3 <sup>e</sup> (september)	€84 miljoen	Fase 3f (oktober)	€165 miljoen*
Fase SON	Begrootte kosten																				
Fase 0 (6 februari-5 maart)	€5,5 miljoen																				
Fase 1 (6 maart- 30 maart)	€79 miljoen																				
Fase 2 (1 april- 30 april)	€104 miljoen																				
Fase 3a (31 april- 27 mei)	€56,5 miljoen																				
Fase 3b (28 mei- 27 juni)	€69 miljoen																				
Fase 3c (26 juni- 22 juli)	€95 miljoen																				
Fase 3d (23 juli- 31 augustus)	€75,5 miljoen																				
Fase 3 <sup>e</sup> (september)	€84 miljoen																				
Fase 3f (oktober)	€165 miljoen*																				

Tot 10 oktober staat de hoeveelheid beschikbare testcapaciteit vast. Er zijn 225.000 testen per dag beschikbaar vanuit de testaanbieders die zijn aangesloten bij SON en 6 XL-paviljoens. Twee weken van te voren wordt bepaald in welke mate deze testcapaciteit daadwerkelijk bemand wordt. Er wordt hier een vaste beschikbaarheidsvergoeding betaald.

Vanaf 11 oktober wordt de testcapaciteit voor toegangstesten vormgegeven door een nieuwe Open House. In deze Open House is er geen vaste testcapaciteit beschikbaar. Alle testaanbieders, die voldoen aan de voorwaarde van de Open House, kunnen testcapaciteit aanleveren voor toegangstesten. Er wordt betaald per afgenome test.

Verwachte testcapaciteit en testvraag – dagelijks gemiddelde per week



## 5. Factsheet: Covid quarantaine

<b>Onderwerp: quarantaine</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het “blokje” na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarantaine blijft een essentieel onderdeel in de aanpak van het voorkomen van de verspreiding van het coronavirus. Door middel van quarantaine wordt de besmettingsketen doorbroken.</li> <li>• Quarantaine is van toepassing: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ bij klachten: laat je testen en blijf thuis in afwachting van de testuitslag;</li> <li>◦ na een positieve testuitslag;</li> <li>◦ na terugkeer uit een VOC-land</li> <li>◦ na terugreis uit een zeerhoogrisicogebied (momenteel alleen buiten EU), tenzij je bent gevaccineerd;</li> <li>◦ bij een BCO-melding, tenzij je bent gevaccineerd.</li> </ul> </li> <li>• Vanaf 1 juni 2021 geldt een quarantaineplicht voor reizigers uit zeerhoogrisicogebieden. Doel van de wet is om verspreiding van het coronavirus te voorkomen en de introductie van nieuwe virusvarianten te beperken. Op dit moment zijn alleen gebieden buiten de Europese Unie aangewezen als zeerhoogrisicogebied.</li> <li>• Sinds 22 september jl. zijn volledig gevaccineerde reizigers uit zeerhoogrisicogebieden zonder gevaarlijke virusvariant, uitgezonderd van de quarantaineplicht.</li> <li>• We blijven de quarantaine- en isolatieadviezen helder communiceren. Ook is er sociale ondersteuning voor hulpbehoevende personen in quarantaine of isolatie. Hierbij zetten wij in op het gebruik van quarantainecoaches en het verwijzen naar lokale initiatieven voor hulp.</li> <li>• De TWM is de juridische grondslag waarin de quarantaineplicht voor reizigers uit zeerhoogrisicogebieden is geborgd.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quarantaine: <b>Het thuisblijven voor 10 dagen na het laatste contact met een besmette persoon c.q. tenminste 5 dagen na terugkeer uit een zeerhoogrisicogebied.</b> Op advies van het OMT kan de quarantaineduur verkort worden bij mensen zonder klachten die een BCO-melding hebben ontvangen of op reis zijn geweest in een zeerhoogrisicogebied. Noodzakelijk is hiervoor dat zij op of na de 5<sup>e</sup> dag van de quarantaine een negatief testresultaat ontvangen.</li> <li>• Gevaccineerden hoeven niet in quarantaine na een BCO-melding of na terugkeer uit een zeerhoogrisicogebied, waar geen sprake is van een nieuwe zorgelijke virusvariant.</li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit gedragsonderzoek weten we dat veel mensen hun verantwoordelijkheid nemen als ze in quarantaine moeten en zo helpen ervoor te zorgen dat het virus zich niet verder verspreidt.</li> <li>• Er is ook een groep mensen die niet alle adviezen opvolgt en regels niet volledig naleeft. Het is een reëel risico dat door de mensen die de regels niet naleven, het aantal besmettingen toeneemt en/of nieuwe virusvarianten in Nederland geïntroduceerd worden.</li> <li>• Met name de grote groep reizigers uit landen met een verhoogd risico vormen een risico voor verdere verspreiding van eventuele nieuwe virusvarianten. Voor deze groep is een quarantaineplicht ingevoerd.</li> <li>• Reizigers uit zeerhoogrisicogebieden (op dit moment alleen buiten de EU) dienen een quarantaineverklaring bij zich hebben als zij Nederland inreizen.</li> <li>• Er is controle en handhaving geregeld waarbij het streven is dat</li> </ul>

<p>Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• reizigers zich zo goed mogelijk aan de quarantaine houden.</li> <li>• Specifieke reizigersondersteuning <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Quarantainenaleving wordt gestimuleerd via de 'Quarantaine Reischeck'. De Quarantaine Reischeck is zichtbaar op verschillende plekken die reizigers kruisen, inclusief de websites reizertijdenscorona.nl en wijsopreis.nl. Reizigers uit zeerhoogrisicogebieden dienen voorafgaand aan de inreis in Nederland een quarantaineverklaring in te vullen.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De quarantaineplicht is op 28 april in de Tweede Kamer en op 25 mei in de Eerste Kamer behandeld en op 26 mei aangenomen.</li> </ul>
<p>Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in m.b.t. het thema)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De financiering van de quarantainevoorziening is afhankelijk van de doorlooptijd van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19, waarvan de huidige eindtermijn 30 november is.</li> <li>• Het grootste deel van de kosten voor quarantaine bestaat uit het beïnvloeden van het gedrag van de quarantaineplichtige reiziger via nudging en communicatie.</li> </ul>

## 6. Factsheet: Digitale Ondersteuning covid (coronamelder &amp; checkapp)

<b>Onderwerp:</b> Digitale ondersteuning Covid-19 (CoronaMelder, GGD Contact, CoronaCheck)	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CoronaMelder was de eerste digitale oplossing die we realiseerden in het kader van de bestrijding van de pandemie.</li> <li>• Het is een digitale <i>aanvulling</i> op het reguliere proces van bron- en contactonderzoek (BCO); met <u>CoronaMelder</u> worden <i>meer</i> mensen, <i>sneller</i> bereikt.</li> <li>• De app is inmiddels (stavaza: 9 oktober) al meer dan 5,4 miljoen keer gedownload en heeft 2,5 miljoen actieve gebruikers.</li> <li>• Naast CoronaMelder ondersteun ik de GGD ook bij de realisatie van een tweede digitale oplossing, 'GGD Contact'.</li> <li>• De Directeuren Publieke Gezondheid (DPG'en) van de GGD'en hebben op 1 april jl. gezamenlijk de keuze gemaakt voor GGD Contact als vervangende ICT-voorziening van HPZone (Lite) voor de bestrijding van het Covid-19 virus.</li> <li>• Alle GGD'en hebben GGD Contact momenteel in gebruik genomen. De volledige uitfasering van HPZone (lite) voor de covid-19 bestrijding is voorzien voor eind 2021.</li> <li>• Tot slot is het via de CoronaCheck-app mogelijk om basis van een test, herstel of vaccinatie een coronatoegangsbewijs aan te maken en te tonen.</li> <li>• In de app wordt daarbij gebruik gemaakt van twee soorten QR-codes: een Nederlandse QR-code en internationale QR-codes (DCC's) voor buitenlandse reizen.</li> <li>• De meeste mensen kunnen op dit moment zelf via de app een QR-code aanmaken. Voor sommigen is dit nog niet het geval. Voor deze mensen is een aantal uitzonderingsroutes ingericht via deze kunnen zij alsnog een QR-code op papier krijgen.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	-
Context/ achtergrondinformatie	<p><b>Begroting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor de realisatie van digitale oplossingen die kunnen bijdragen aan de bestrijding van het Coronavirus is in 2022 een aanvullend incidenteel budget van €23,04 miljoen beschikbaar gesteld.</li> <li>• Voor 2022 zijn kosten voorzien voor de communicatie, doorontwikkeling en het beheer van genoemde digitale oplossingen, waaronder CoronaMelder, CoronaCheck en GGD Contact. Daarnaast worden het expertteam dat de GGD ondersteunt bij privacy en informatiebegeleiding n.a.v. het eerdere datalek en het 'Red Team' gecontinueerd. Het 'Red Team' is een aanpak om de digitale verdediging van een organisatie en van systemen te testen en daarmee de privacy en informatiebeveiliging te verbeteren.</li> </ul> <p><b>CoronaMelder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanleiding: OMT advies van 6 april.</li> <li>• CoronaMelder is vanaf landelijke introductie doorlopend geëvalueerd tot en met mei 2020. De onderzoekers concluderen dat de app een kleine, maar merkbare toegevoegde waarde heeft aan het BCO.</li> <li>• Binnenkort zal (vervolg) onderzoek starten, waarin o.a. gekeken wordt naar de toegevoegde waarde van de app in een opengaande samenleving.</li> </ul> <p><b>GGD Contact</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GGD Contact wordt onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS gebouwd en wordt daarna door de GGD'en geïmplementeerd.</li> <li>• GGD Contact bestaat uit twee onderdelen; een app en een BCO portaal.</li> </ul>

	<p><b>CoronaCheck</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinds 1 juli is het mogelijk om Europese QR-codes te genereren in het kader van het EU Digitaal Corona Certificaat (DCC).</li> <li>• Voor CoronaCheck is, net als bij CoronaMelder, een doorlopende evaluatie opgestart. De tweede tussentijdse rapportage is op <a href="http://www.coronacheck.nl">www.coronacheck.nl</a> gepubliceerd. De eindrapportage volgt in november 2021.</li> <li>• Er zijn nog verschillende uitzonderingssituaties waardoor kleine groepen en individuele personen nog geen QR-code kunnen aanmaken. Voor de volgende personen wordt momenteel hard gewerkt aan een oplossing: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mensen die hun eerste prik in een ander EU-land en hun tweede prik bij de GGD hebben ontvangen.</li> <li>○ Voor mensen zonder BSN, zoals asielzoekers en grenswerkers, wordt het binnenkort mogelijk om bij de GGD regio Utrecht een coronabewijs aan te vragen op basis van een vaccinatie. In plaats van een BSN tonen zij een officieel document waaruit blijkt dat zij woonachtig zijn in Nederland.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)</p>	<p>-</p>
<p>Politieke afspraken en betrokken partijen (regerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)</p>	<p><b>CoronaMelder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De verlenging van de Tijdelijke wet notificatieapplicatie COVID-19 tot 10 januari 2022, die de basis vormt voor de inzet van CoronaMelder, is op 4 oktober jl. in het Staatsblad gepubliceerd.</li> </ul> <p><b>CoronaCheck</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De Tijdelijke wet coronatoegangsbewijzen is 25 mei 2021 door EK aanvaard, 31 mei in Staatsblad gepubliceerd en 1 juni in werking getreden</li> <li>• De verordening EU Digitaal Covid Certificaat is op 1 juli jl. in werking getreden.</li> </ul>
<p>Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)</p>	<p><b>CoronaMelder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• T/m 9 oktober 2021 is CoronaMelder <u>5.402.835</u> keer gedownload. Dit komt neer op zo'n 31% van de Nederlandse bevolking.</li> <li>• De app heeft <u>2,50 miljoen</u> actieve gebruikers.</li> <li>• Stand 9 oktober 2021: 201.247 mensen die anderen waarschuwen via CoronaMelder en op 3 oktober hebben 210.828 mensen naar aanleiding van een notificatie een test aangevraagd. Hiervan bleken op dat moment 15.857 mensen ook daadwerkelijk besmet.</li> </ul> <p><b>CoronaCheck</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• T/m 11 oktober was de CoronaCheck-app al bijna 12,5 miljoen keer gedownload.</li> <li>• Coronabewijzen kunnen worden gescand met de CoronaCheck Scanner. Deze is tot en met 26 september al ruim 1,2 mln keer gedownload.</li> <li>• In totaal zijn er op 11 oktober al 426.000 papieren bewijzen aangevraagd die opgestuurd worden.</li> </ul>

--	--

## 7. Factsheet: Covid stavaza vaccinaties

<b>Onderwerp: Covid stavaza vaccinaties</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dankzij de grote inspanningen van uitvoerende partijen (GGD'en, huisartsen, ziekenhuizen, zorginstellingen) en andere betrokkenen heeft een groot deel van de bevolking zich al laten vaccineren.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Fijnmazigvaccineren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Als aanvulling op het grote deel van de bevolking dat zich al heeft laten vaccineren zijn er de afgelopen maanden aanvullende interventies en acties opgezet vanuit de GGD om de andere groepen mensen nog te bereiken en te vaccineren.</li> <li>• Onder het project 'Verhogen Vaccinatiegraad' zijn de GGD'en in samenwerking met het RIVM en GGD GHOR Nederland momenteel hard bezig aan een gerichte aanpak voor deze laatste groepen. Bijvoorbeeld door de inzet van prikbusen, via sleutelfiguren in gemeenschappen en 'prikkenzonderafpraak.nl'.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Eventuele Boosterprik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De Gezondheidsraad heeft mede op basis van inzichten van het RIVM aangegeven dat de huidige bescherming tegen ernstige ziekte door de vaccinatie hoog is en er op dit moment nog geen noodzaak is tot een booster om eventuele daling van de bescherming tegen ernstige ziekte en sterfte tegen te gaan.</li> <li>• Óf, en zo ja, wanneer en in welke omvang een boostercampagne van start gaat is nog niet te zeggen, dit hangt mede af van ontwikkelingen in de epidemiologische situatie in de komende tijd.</li> <li>• Dat laat onverleg dat de logistieke voorbereidingen op de boostercampagne wel al worden getroffen.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Monitoren/Grenswaarden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uiteraard monitort het RIVM het niveau van bescherming goed en veelvuldig. De situatie is dus afhankelijk van de ontwikkeling van het virus zelf en het beschermings- en besmettingsniveau.</li> <li>• In het kader van goede voorbereiding voor een eventuele Boosterprik is wel rekening gehouden met alvast een reservering voor 2022 ter grootte van 15% van het implementatiebudget van 2021.</li> <li>• In de aankomende periode zal op basis van de actuele ontwikkelingen eventuele nadere besluitvorming, mede over de gereserveerde en aanvullende middelen, volgen.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een zo hoog en homogeen mogelijke vaccinatiegraad is cruciaal in de bestrijding van de pandemie.</li> <li>• Onze ambitie is om de vaccinatiegraad te verhogen tot boven de 90%.</li> <li>• Als aanvulling op het grote deel van de bevolking dat zich al heeft laten vaccineren zijn er de afgelopen maanden aanvullende interventies en acties opgezet vanuit de GGD om een aantal groepen mensen nog te bereiken en te vaccineren.</li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	Het verhogen van de vaccinatiegraad is van belang met oog op de opkomst van besmettelijke varianten van het virus, maar ook ter bescherming van mensen die om medische redenen niet gevaccineerd kunnen worden, om ziekenhuizen de ruimte te bieden om reguliere en inhaalzorg te verlenen en

<p>Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)</p>	<p>om onze maatschappij stap voor stap weer te kunnen heropenen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het verhogen van de vaccinatiegraad doen we via een gerichte doelgroepenbenadering. Hiervoor wordt heel precies gekeken naar de belangrijkste motieven en belemmeringen van mensen die zich tot nu toe niet hebben laten vaccineren. Deze aanpak van laagdrempelig en fijnmazig vaccineren (aangestuurd door RIVM en GGD-GHOR, in samenwerking met het ministerie van VWS) gaat in op: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fysieke belemmeringen worden weggenomen door de inzet van tijdelijke vaccinatie locaties, vrije inloop en prikkenzonderafspraak.nl.</li> <li>○ Vragen over de vaccinatie en de effecten op de langere termijn komen we tegemoet door bijv. het voeren van het gesprek binnen verschillende groepen en informatievoorziening via vertrouwde sleutelfiguren. En, vaccineren bij ontmoetingsplekken binnen de gemeenschap, zoals een moskee.</li> <li>○ En door het RIVM en de GGD'en worden partners uit het maatschappelijk middenveld betrokken om ook die mensen te bereiken die zich tot nu toe wellicht minder gezien en gehoord voelden tijdens de campagne.</li> </ul> </li> <li>• Verder heeft de Gezondheidsraad voor een specifieke groep <b>patiënten met een ernstige afweerstoornis</b> geadviseerd om hen vanwege achterblijvende bescherming een derde vaccinatie aan te bieden. Met een extra dosis krijgen zij mogelijk een betere immuunrespons tegen het coronavirus. Vanaf begin oktober krijgt deze selecte groep patiënten via hun medisch specialist in het ziekenhuis een uitnodiging voor een derde prik.</li> <li>• <b>Voor de overige bevolking</b> constateert de Gezondheidsraad dat boostervaccinatie tegen COVID-19 op dit moment nog niet nodig is. Uit internationaal onderzoek blijkt dat de huidige vaccins nog steeds een zeer hoge bescherming bieden tegen ernstige ziekte en sterfte door COVID-19.</li> </ul>																		
<p>Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)</p>	<p><b>Huidige stand</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 17 oktober zijn er 23,8 miljoen prikken gezet.</li> <li>• Op dit moment zijn ruim 11,7 miljoen Nederlanders volledig gevaccineerd.</li> <li>•</li> </ul> <p>Percentage deels en volledig gevaccineerd (cijfers RIVM, 17 oktober):</p> <table border="1" data-bbox="587 1263 1369 1462"> <thead> <tr> <th></th> <th>Minimaal 1 prik</th> <th>Volledig gevaccineerd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>18 en ouder</b></td> <td>87,1%</td> <td>83,5%</td> </tr> <tr> <td><b>12 en ouder</b></td> <td>84,9%</td> <td>81,4%</td> </tr> <tr> <td><b>12-17</b></td> <td>60%</td> <td>56%</td> </tr> <tr> <td><b>18-25</b></td> <td>71%</td> <td>68%</td> </tr> <tr> <td><b>26-30</b></td> <td>69%</td> <td>67%</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij mensen boven de 50 is de vaccinatiegraad 86% of hoger. Bij jongeren is de vaccinatiegraad lager. Bij de jongeren blijft een lichte stijging zichtbaar. Afgelopen week werden de meeste vaccinaties toegediend in de jongste leeftijdsgroepen.</li> <li>• Iedereen van 12 jaar en ouder die dat wil heeft de mogelijkheid gehad om zich volledig te laten vaccineren.</li> </ul> <p><b>Prognose aantal prikken</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze week (42): <b>110.000</b> verwacht aantal prikken waarvan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 55.000 geplande prikken bij GGD</li> <li>- 25.000 vrije inloop</li> <li>- 30.000 derde prik immuungecompromiteerden</li> </ul> </li> </ul>		Minimaal 1 prik	Volledig gevaccineerd	<b>18 en ouder</b>	87,1%	83,5%	<b>12 en ouder</b>	84,9%	81,4%	<b>12-17</b>	60%	56%	<b>18-25</b>	71%	68%	<b>26-30</b>	69%	67%
	Minimaal 1 prik	Volledig gevaccineerd																	
<b>18 en ouder</b>	87,1%	83,5%																	
<b>12 en ouder</b>	84,9%	81,4%																	
<b>12-17</b>	60%	56%																	
<b>18-25</b>	71%	68%																	
<b>26-30</b>	69%	67%																	

--	--

## 8. Factsheet: Innovatieve behandelingen Covid 19

<b>Onderwerp: Innovatieve Behandelingen</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinds het begin van de pandemie heb ik ingezet op het beschikbaar stellen van behandelingen van COVID-19.</li> <li>• Hiertoe is onderzoek mogelijk gemaakt. Voor de jaren 2022-2025 is in totaal 18 miljoen beschikbaar voor (vervolg)onderzoek naar de behandeling van COVID-19.</li> <li>• Onderzoek naar geneesmiddelen neemt veel tijd in beslag.</li> <li>• Het is belangrijk de resultaten van reeds uitgevoerde onderzoeken te oogsten door hierop verder te bouwen.</li> <li>• De onderzoeken van de komende jaren richten zich op:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) het vervolgen van succesvolle onderzoeken</li> <li>2) het doelmatig inzetten van nieuwe geneesmiddelen tegen COVID-19</li> <li>3) inspringen op nieuwe behandelvragen</li> <li>4) het verder versterken van de infrastructuur.</li> </ol> </li> <li>• Ook zorg ik, bij voorkeur via de gezamenlijke inkoopprocedures van de Europese Commissie dat de, vaak schaarse, geneesmiddelen beschikbaar komen voor Nederland.</li> <li>• Daarnaast kunnen geneesmiddelen worden aangeschaft via nood aankopen. Voor volgend jaar is in ieder geval €5 miljoen gereserveerd.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<p>Inmiddels is een groot deel van de bevolking ingeënt tegen COVID-19. Tegelijkertijd doen we er nog steeds alles aan om behandelingen te vinden, waarmee mensen beter en sneller herstellen van een COVID-19-besmetting of die COVID-19 kunnen voorkomen.</p> <p>De strategie daarbij is:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1.</b> Het mogelijk maken van onderzoek,</li> <li><b>2.</b> Het identificeren van kansrijke behandelingen,</li> <li><b>3.</b> Zorgen dat behandelingen zo snel mogelijk beschikbaar komen.</li> </ol>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn momenteel veel ontwikkelingen in het veld van COVID-19-geneesmiddelen. Zo komen ook veelbelovende antivirale middelen voor preventie of de vroege fase na besmetting, dichterbij de markt.</li> <li>• Voorbeelden hiervan zijn de middelen van MSD (molnupiravir), AstraZeneca en Pfizer. De effectiviteit en veiligheid moet nog wetenschappelijk worden aangetoond voor deze middelen.</li> <li>• Vrijdag 1 oktober heeft MSD een artikel<sup>1</sup> gepubliceerd met veelbelovende tussentijdse resultaten. MSD streeft naar een voorwaardelijke toelating van het EMA.</li> <li>• Er is een gezamenlijke inkoopprocedure door de Europese Commissie in voorbereiding voor molnupiravir waar Nederland op is aangesloten.</li> <li>• Ook wordt momenteel een gezamenlijke inkoopprocedure voor het middel van Pfizer opgestart door de EC.</li> </ul>

<sup>1</sup> <https://www.merck.com/news/merck-and-ridgebacks-investigational-oral-antiviral-molnupiravir-reduced-the-risk-of-hospitalization-or-death-by-approximately-50-percent-compared-to-placebo-for-patients-with-mild-or-moderat/>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De keuze om dit middel in te kopen hangt af van de onderzoeksresultaten. De definitieve onderzoeksresultaten laten nog een aantal maanden op zich wachten.</li> <li>• Daarnaast is het van belang dat de medische experts de meerwaarde zien ten opzichte van de huidige behandelingen.</li> <li>• Om de onderzoeksresultaten en inzetbaarheid van de nieuwe middelen te kunnen duiden, heb ik het Adviespanel Innovatieve Behandelingen gevraagd een advies op te stellen over potentie en inzetbaarheid van deze (en eventueel andere veelbelovende COVID-19-geneesmiddelen) op te stellen. Dit advies wordt binnenkort verwacht.</li> </ul>
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een mogelijkheid om gericht medicijnen in te kopen. De huidige beleidslijn is om dit te doen via een gezamenlijke inkoopprocedure van de Europese Commissie.</li> </ul>
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Over de ontwikkelingen rondom de specifieke middelen voor behandeling van COVID-19-patiënten, wordt de Kamer regelmatig geïnformeerd via de stand van zakenbrief COVID-19.</li> <li>• De Tweede Kamer heeft u in motie Stoffer (25295-1438) opgeroepen om zich in te spannen om tot overeenstemming te komen met producenten van kansrijke (antivirale) middelen.</li> </ul>
Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor 2021-2025 is in totaal 70 miljoen beschikbaar voor het project Innovatieve Behandelingen van COVID-19.</li> <li>• Hiervan is in totaal: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ € 45 miljoen beschikbaar voor het COVID-19-programma van ZonMw voor behandelingen van COVID-19.</li> <li>◦ € 15 miljoen beschikbaar voor therapie ontwikkeling binnen het FAST programma van ZonMw.</li> <li>◦ € 10 miljoen voor de aankoop van nieuwe middelen voor de behandeling van COVID-19.</li> </ul> </li> <li>• Aanvullend op het bovenstaande is in 2021 €23 miljoen uitgegeven aan de aankoop van geneesmiddelen tegen COVID-19 (de antilichaambehandeling REGN-COV-2 van Roche).</li> </ul>

## 9. Factsheet: DCC

<b>Onderwerp: Digitaal Corona Certificaat (speciale doelgroepen)</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het Digitaal Corona Certificaat is per 1 juli 2021 in werking getreden.</li> <li>• In de afgelopen maanden zijn veel knelpunten rondom de CoronaCheck-app en het verkrijgen van coronabewijzen verholpen.</li> <li>• De focus ligt nu op overgebleven aandachtspunten, zoals doelgroepen die het nog niet lukt een coronabewijs te verkrijgen.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De meeste mensen kunnen nu via de hoofdroute of via speciaal opgezette uitzonderingsroutes een coronabewijs aanvragen.</li> <li>• Voor de overgebleven knelpunten wordt nu via maatwerk oplossingen gezocht.</li> <li>• Een aandachtspunt voor de toekomst is het blijven bieden van ondersteuning bij vragen over of de aanvraag van coronabewijzen.</li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door het maatwerk ontstaat soms ruimte voor fouten. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in fraude. Er wordt hard gewerkt aan het minimaliseren van die ruimte en het aanpakken van fraude.</li> </ul>
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	<p><b>Inreizenden derde landen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het is voor inreizenden (waaronder toeristen) uit derde landen op dit moment mogelijk om bij GGD regio Utrecht en Groningen een Ctb te krijgen op basis van een vaccinatiebewijs als zij een Nederlandse nationaliteit hebben of woonachtig zijn in Nederland.</li> <li>• Alle overige inreizenden uit derde landen kunnen met een testbewijs een Ctb verkrijgen. Eventuele andere mogelijkheden worden op dit moment verkend.</li> </ul> <p><b>Arbeidsmigranten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsmigranten die in het BRP staan, kunnen een DigiD op de reguliere manier aanvragen.</li> <li>• De arbeidsmigranten die in het RNI (Registratie Niet-Ingezetenen) staan, kunnen bij een RNI-loket een DigiD aanvragen.</li> <li>• In samenwerking met Logius (de organisatie achter DigiD) wordt bekeken hoe de toegankelijkheid van de aanvraag van een DigiD voor deze doelgroep kan worden vergroot. Daarnaast wordt ook de optie om werkgevers hierbij te betrekken, verkend. Daarbij wordt ook de optie verkend zonder DigiD op papier een CTB/DCC te verstrekken.</li> </ul> <p><b>Digitaal niet vaardigen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt continu gewerkt aan het vereenvoudigen van de aanvraag van een papieren coronabewijs voor niet digitaal vaardige mensen. Zo: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ is de papieren route nu ook toegankelijk via de bibliotheken (incl. hulp bij de aanvraag daarvan);</li> <li>◦ is de communicatie over de geautomatiseerde aanvraagroute verduidelijkt om de behoefte aan hulp van een helpdeskmedewerker te minimaliseren;</li> <li>◦ Kan een papieren DCC/CTB nu, naast telefonisch, ook schriftelijk worden aangevraagd.</li> <li>◦ en zijn alle helpdesken opgeschaald om o.a. aan de sterk toegenomen vraag om papieren bewijzen te kunnen voldoen.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Mensen zonder BSN woonachtig in Nederland gevaccineerd in derde land.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze doelgroep gevaccineerd in een derde land kan sinds kort bij GGD regio Utrecht en de regio Groningen terecht voor de aanvraag van een coronabewijs op basis van vaccinatie.</li> <li>• In plaats van een BSN tonen zij een officieel document waaruit blijkt dat zij woonachtig zijn in Nederland.</li> </ul>

	<p><b>Amendement Bikker</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De groep die niet gevaccineerd kan worden én niet getest kan worden, is zeer waarschijnlijk erg klein.</li> <li>• Daarom wordt een pilot georganiseerd bij de GGD regio Utrecht voor mensen die vanwege een beperking of een ziekte geen test kunnen ondergaan. Die pilot gaat ook gelden voor mensen die van een test ernstig ontregeld raken.</li> <li>• Het doel van deze pilot is tweeledig: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enerzijds: de doelgroep beschrijven. Tot nu toe is het lastig gebleken om deze groep mensen met goede criteria af te bakenen. Dit belemmert het opstellen van het benodigde protocol.</li> <li>○ Anderzijds: onderzoeken of een minder belastende testmethode uitkomst kan bieden. Kan een betrokkene alsnog getest worden, bijvoorbeeld met minder belastende testmethoden, zoals de enkele keel - of enkele neus afname, dan biedt dat altijd meer veiligheid voor de persoon in kwestie als ook voor diens omgeving dan niet testen, ook al zijn deze methoden minder betrouwbaar dan de antigeen sneltest.</li> </ul> </li> <li>• Mensen die zich hierover eerder al bij de Rijksoverheid of de koepelorganisaties van mensen met een verstandelijke beperking hebben gemeld, worden benaderd en gevraagd deel te nemen.</li> </ul> <p><b>Ondersteuning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aan de hand van de gevraagde capaciteit worden helpdesken die ondersteunen bij vragen rondom coronabewijzen op- danwel afgeschaald.</li> <li>• Verder werk ik samen met maatschappelijke belangengroepen en koepelorganisaties om de ondersteuning aan te laten sluiten op de behoeften van burgers.</li> <li>• Een aandachtspunt voor de toekomst is de afschaling van de crisisorganisatie. We moeten ervoor zorgen dat er ondanks eventuele afschaling continu voldoende ondersteuning aan burgers kan worden geboden indien dit noodzakelijk is.</li> </ul>
<p>Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per 1 juli 2021: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Europese Verordening, DCC in gebruik.</li> <li>○ Tijdelijke spoedregeling DCC, m.b.t. uitvoering Verordening.</li> </ul> </li> <li>• Per 1 okt 2021: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tijdelijk besluit DCC vervangt Tijdelijke spoedregeling DCC.</li> </ul> </li> <li>• Amendement Bikker d.d. 26 april jl. over het niet uitsluiten van mensen die vanwege een verstandelijke beperking, psychische of lichamelijke redenen geen test kunnen ondergaan.</li> </ul>
<p>Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)</p>	<p><b>Helpdesken</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De mate waarin een beroep op de helpdesken wordt gedaan, fluctueert sterk, met name vlak voor en na een wijziging m.b.t. de coronamaatregelen.</li> <li>• De bredere inzet van het coronatoegangsbewijs heeft gezorgd voor een sterke toename aan hulpvragen bij alle helpdesken. Enkele voorbeelden: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De CoronaCheck-app Helpdesk ging van 2.500 telefoontjes per dag naar 40.000 telefoontjes. Deze sterke stijging zette in in de week van de aankondiging van de nieuwe maatregelen (die 25 september zijn ingegaan).</li> <li>○ Daarnaast steeg ook het aantal aanvragen van papieren coronabewijzen, die per post worden toegestuurd, sterk: van 300 telefoontjes per dag, naar 20.000-30.000 telefoontjes.</li> <li>○ Het beroep op de helpdesken en op de aanvragen papieren coronabewijzen stabilieert inmiddels.</li> </ul> </li> </ul>

## 10. Factsheet: Herziening Raadsaanbeveling 2020/1475

<b>Onderwerp: Herziening Raadsaanbeveling 2020/1475, vrij verkeer binnen de EU</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nederland zal tijdens de herziening van Raadsaanbeveling 2020/1475 pleiten voor het zoveel als mogelijk herstel van het vrije verkeer, op een veilige en verantwoorde manier mét het DCC.</li> <li>Daarnaast pleit Nederland ook voor een geharmoniseerde EU-systematiek voor het monitoren van zorgwekkende varianten (variants of concern, VOC).</li> <li>Na de herziening van de Raadsaanbeveling wordt besloten of de aanpassing van de Raadsaanbeveling leidt tot een aanpassing in het nationaal reisbeleid.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	Raadsaanbeveling 2020/1475 (laatste herziening 14-06-'21) betreft een gecoördineerde Europese benadering van de beperking van het vrije verkeer in reactie op de COVID-19-pandemie.
Context/ achtergrondinformatie	<p>Kernpunten huidige Raadsaanbeveling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De toepassing van gemeenschappelijke criteria en drempelwaarden wanneer moet worden beslist over het al dan niet instellen van inreismaatregelen en een gecoördineerde aanpak van deze maatregelen.</li> <li>Het in kaart brengen van het risico op COVID-19-overdracht met een overeengekomen kleurcode (ECDC-kaart).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>In de EU is het herzieningsproces van Raadsaanbeveling 2020/1475 in de zomer gestart; het is op dit moment nog niet bekend wanneer de onderhandelingen (en daarmee het herzieningsproces) worden afgerond.</li> <li>Het ECDC heeft geadviseerd niet over te stappen naar een risico inschaling enkel op basis van vaccinatiegraad en ziekenhuisbezetting en geeft als meest preferabele optie vasthouden aan het huidige risico beoordelingssysteem zonder daar direct reisbeperkingen bij op te leggen gezien de hoge vaccinatiegraad. NL heeft eerder in de EU-gezondheidsraad gepleit voor het meewegen van de indicatoren vaccinatiegraad en ziekenhuisbezetting in de risicobeoordeling</li> <li>Verkennde vervolgbesprekingen tussen de lidstaten vinden plaats in de Health Security Committee en IPCR alvorens Commissie besluit tot een voorstel tot herziening.</li> </ul>
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nederland stelt zich bij de besprekingen in Brussel actief op en vindt het van belang dat inreismaatregelen binnen de EU zoveel mogelijk worden gecoördineerd.</li> <li>Hierbij is de inzet dat binnen het DCC zowel een testbewijs, als een herstel- of vaccinatiebewijs geaccepteerd zouden moeten worden voor reizen binnen de EU. Daarnaast is de inzet dat binnen de Unie zo min mogelijk additionele reismaatregelen oplegd worden (anders dan het DCC), waar dit verantwoord kan.</li> <li>Wanneer er sprake is van een nieuwe zorgwekkende virusvariant moeten aanvullende maatregelen, zoals een aanvullend testbewijs en verplichte quarantaine, wel mogelijk blijven.</li> <li>Wanneer de Europese onderhandelingen zijn afgerond, zal worden besloten of de aanpassing van de Raadsaanbeveling zal leiden tot een aanpassing in het nationaal reisbeleid (om zo het nationale reisbeleid in lijn te brengen met de Europese Raadsaanbeveling).</li> </ul>
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord,	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het parlement roept het kabinet op om duidelijkheid te bieden aan burgers die willen reizen, en hierover helder te communiceren.</li> <li>Motie Paternotte d.d. 10 juni jl. om kleurcodes ECDC te volgen.</li> <li>Motie Kuzu/Van Haga d.d. 7 juli jl. over het instellen van</li> </ul>

convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)	ziekenhuisopnames als leidende indicator bij risico inschaling.
Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)	N.v.t.

## 11. Factsheet: Aanpak corona-oplevingen

<b>Onderwerp: Aanpak Corona oplevingen</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• We bereiden ons voor op verschillende scenario's.</li> <li>• We gaan vooralsnog uit van het scenario dat we dit najaar te maken krijgen met (regionale/cluster) oplevingen van het virus. Er is immers nog een grote groep van mensen waar het virus kans krijgt, omdat ze niet gevaccineerd zijn.</li> <li>• Met de huidige immuniteitsgraad (dd 11/10) geeft het OMT in haar 127e advies aan dat 23.000 personen als gevolg van een infectie met Covid-19 zullen moeten worden opgenomen in het ziekenhuis. Het aantal mensen waarvoor IC-opname nodig is wordt geschat op ongeveer 4800.</li> <li>• Het is zaak om die besmettingen te spreiden in de tijd, zodat de zorg die piek niet in één keer krijgt.</li> <li>• De steeds hogere beschermingsgraad, als gevolg van vaccinatie en het feit dat mensen de infectie op natuurlijke wijze hebben doorgemaakt, maakt dat we in een nieuwe situatie komen.</li> <li>• Daarvoor is een nieuwe aanpak voor het najaar opgesteld.</li> <li>• Deze aanpak gaat uit dat er nog steeds oplevingen van het virus mogelijk zijn.</li> <li>• Op basis van 7-daags gemiddelde aan IC opnames en ziekenhuisopnames wordt bepaald in welk niveau (Waakzaam/Zorgelijk/Ernstig) we ons bevinden. Daarna vindt weging van de context plaats.</li> <li>• Op basis van verschillende contextfactoren, de druk op de zorgketen en de sociaal maatschappelijke en economische situatie, wordt bepaald welke maatregelen we inzetten.</li> <li>• Met deze nieuwe aanpak kunnen we beter nagaan wat nodig is aan maatregelen en deze op maat en proportioneel inzetten.</li> <li>• Altijd geldt de inzet op de dijkbewaking: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vaccinatiegraad en immuniteit. Die moeten zo hoog en homogeen mogelijk zijn.</li> <li>○ Monitoring en testen zorgen ervoor dat we zicht op de situatie houden.</li> </ul> </li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanwege de veranderde situatie met veel gevaccineerde mensen waren de waarden van de oude routekaart achterhaald. Er is daarom de afgelopen tijd een nieuwe aanpak opgesteld.</li> <li>• Deze aanpak najaar gaat uit van drie verschillende scenario's: covid als endemische ziekte; een scenario waarin de opgebouwde immuniteit doorbroken wordt en een scenario waarin oplevingen van het virus voorkomen wordt. Dit laatste scenario lijkt het meest realistische scenario te zijn.</li> <li>• Binnen dit scenario worden drie niveaus gehanteerd: waakzaam, zorgelijk en ernstig. Deze drie niveaus kennen (naast de maatregelen uit de dijkbewaking die altijd gelden) ook maatregelen per niveau, optioneel</li> <li>• Niveau waakzaam kent bronmaatregelen, basismaatregelen, reismaatregelen, en optionele regionale maatregelen (waaronder gericht lokaal in te zetten CTB).</li> <li>• Niveau zorgelijk kent een aanvulling op deze maatregelen in de vorm van het CTB (afhankelijk van de epidemiologische situatie kan de inzet van het CTB variëren in reikwijdte).</li> <li>• Niveau ernstig kent verder collectieve maatregelen zoals groepsgrootte, sluitingstijden, 1,5 meter afstandsnorm, thuiswerk advies, etc. alsook een nog bredere inzet van het CTB, bijvoorbeeld in het onderwijs.</li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanuit een stabiele situatie kijken we naar de nabije toekomst. Waarbij we rekening houden met bepalende factoren. Het gaat dan om: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De mate waarin de transmissie van het virus geremd wordt door vaccinatie;</li> </ol> </li> </ul>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. De hoogte en homogeniteit van de vaccinatiegraad;</li> <li>3. Het gedrag van mensen voor wat betreft het naleven van de maatregelen en het opvolgen van adviezen;</li> <li>4. De introductie van het virus door terugkerende reizigers;</li> <li>5. Het seizoenseffect;</li> <li>6. De afname van antistoffen;</li> <li>7. Virusmutaties die zich onttrekken aan de opgebouwde immuniteit.</li> <li>8. En hoewel we deze bepalende factoren in het vizier hebben, hebben we ook geleerd dat het verloop van de epidemie grillig is en nooit exact te voorspellen.</li> </ol>
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Altijd geldt de dijkbewaking: vaccinatiegraad en immuniteit. Die moeten zo hoog en homogeen mogelijk zijn.</li> <li>9. Monitoring en testen zorgen ervoor dat we zicht op de situatie houden.</li> <li>10. In bepaalde settings dekken we nu met het CTB de restrisico's af.</li> </ol>
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nvt</li> </ul>
Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Met de huidige immuniteitsgraad (dd 11/10) geeft het OMT in haar 127e advies aan dat 23.000 personen als gevolg van een infectie met Covid-19 zullen moeten worden opgenomen in het ziekenhuis. Het aantal mensen waarvoor IC-opname nodig is wordt geschat op ongeveer 4800.</li> </ul>

## 12. Factsheet: coronatoegangsbewijs + 2G-discussie

<b>Onderwerp: Coronatoegangsbewijs + 2G discussie</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinds 25 september is de 1,5m-regel los gelaten en zijn coronatoegangsbewijzen (CTB's) verplicht voor locaties waarbij personen dicht op elkaar, oftewel vrijwel binnen elkaars 'ademcirkel' verblijven.</li> <li>• Locaties waar een CTB verplicht is zijn: horecagelegenheden binnen, evenementen, bezoek professionele sportwedstrijd, vertoning van kunst en cultuur.</li> <li>• De inzet van het CTB is een mitigerende maatregel, waardoor de kans op de overdracht van het virus kleiner wordt. Er zijn met enkele groepen nog uitvoeringsproblemen, zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Toeristen van buiten de EU</li> <li>○ Mensen die 1<sup>e</sup> prik in EU land hebben ontvangen en 2<sup>e</sup> prik in NL</li> <li>○ Mensen zonder BSN, bijv. internationale studenten, arbeidsmigranten</li> <li>○ Mensen die zich vanwege medische redenen niet kunnen laten vaccineren of laten testen (amendement Bikker)</li> </ul> </li> <li>• Ik heb uw Kamer toegezegd een verkenning uit te voeren naar gebruik van coronatoegangsbewijzen in werksituaties. Deze gesprekken worden momenteel gevoerd met de sociale partners, om te verkennen hoe de sociale partners aankijken tegen het gebruik van coronatoegangsbewijzen in werksituaties.</li> <li>• Daarnaast heb ik uw Kamer toegezegd een verkenning uit te voeren naar hoe registratie van de vaccinatiestatus in de zorg mogelijk gemaakt kan worden, eventueel met inzet van het CTB.</li> </ul> <p>2G</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het OMT heeft daarnaast aangegeven dat blijkt dat de kans dat iemand op een locatie waar CTB verplicht is toch besmettelijk is, twee keer zo klein is bij volledig gevaccineerde personen dan bij ongevaccineerde, maar vooraf geteste personen. In sommige landen wordt daarom in specifieke settings met een hoog risico een verzwaard coronatoegangsbewijs ingezet, in de vorm van het zogeheten 2G beleid.</li> <li>• In Nederland kiezen we daar op dit moment nadrukkelijk niet voor. Er is op dit moment geen noodzaak voor. Maar het virus heeft ons vaker verrast. Als dat gebeurt willen we opties achter de hand houden om de risico's te kunnen indammen terwijl we de samenleving verder openen.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<p>CTB is momenteel verplicht voor bovengenoemde sectoren. Afhankelijk van het epidemiologisch beeld en het advies van het OMT, zou de inzet van CTB's de komende maanden kunnen wijzigen.</p> <p>Daarnaast worden twee verkenningen uitgevoerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe we registratie van vaccinatiestatus in de zorg mogelijk kunnen maken (van een registratieplicht is <u>geen</u> sprake),</li> <li>• en door SZW wordt verkend of draagvlak bestaat voor het inzetten van CTB in de werkomgeving.</li> </ul> <p>Op dit moment lijkt 2G politiek onhaalbaar. Alleen wanneer sectoren zelf pleiten voor inzet van een 2G bewijs (nachthoreca/evenementen) zou er overwogen kunnen worden om na te gaan wat voor deze sectoren mogelijk is.</p>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een CTB kan op 3 manieren worden verkregen: middels vaccinatie, middels herstelbewijs, middels testbewijs.</li> <li>• Een hoge vaccinatiegraad zorgt voor een toenemende mate van bescherming: gevaccineerden hebben minder kans om ziek te worden, incl. ziekenhuis- en IC-opname, en zijn minder besmettelijk.</li> <li>• Tegelijkertijd is een aanzienlijke groep mensen – om uiteenlopende redenen – niet beschermd.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dat geeft een aantal dilemma's. Want: hoe om te gaan met vrijheden in een samenleving waarin het grootste deel is gevaccineerd, en een klein deel nog niet. Mag de vrijheid van de één om zich niet te laten vaccineren, de vrijheid beperken van de groep die dat wel heeft gedaan?</li> </ul> <p>2G</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het OMT wijst er in haar laatste advies op, om in een volgende versoepelingsstap een verzaamd CTB te overwegen voor bepaalde situaties of settings. Daarbij kan o.a. gedacht worden aan een CTB op basis van een herstelbewijs of vaccinatiebewijs, het zogenaamde 2G beleid.</li> <li>• Op deze manier zouden meer mogelijkheden kunnen ontstaan om hoog-risicosettings verder te openen, waarbij het risico op besmettingsgevallen waarvoor ziekenhuisopname nodig is zoveel mogelijk beperkt blijft.</li> <li>• Inzet van 2G vereist een wetswijziging.</li> </ul>
<p>Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor de specifieke groepen wordt naar een oplossing gezocht: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Toeristen van buiten de EU: een aantal landen zit in de equivalentieprocedure (zoals het VK).</li> <li>◦ Mensen die 1<sup>e</sup> prik in EU land hebben ontvangen en 2<sup>e</sup> prik in NL: gesprekken lopen met GGD GHOR, in loop van volgende week meer duidelijkheid.</li> <li>◦ Mensen zonder BSN (bijv. internationale studenten, arbeidsmigranten), kunnen binnenkort naar de GGD Utrecht en daar een papieren QR-code ontvangen.</li> <li>◦ Mensen die zich vanwege medische redenen niet kunnen laten vaccineren of laten testen (amendement Bikker) worden actief uitgenodigd om een papieren QR-code te ontvangen.</li> </ul> </li> </ul> <p>Voor beide maatregelen (n.a.v. de verkenningen naar registratie en CTB voor werknemers) is een wetswijziging vereist. Op basis van drie elementen – gesprekken met de zorgsector, het onderzoek naar de huidige vaccinatiegraad, en het OMT-advies – nemen we een besluit over een eventuele wetswijziging om registratie van de vaccinatiestatus in de zorg mogelijk te maken. Hierover wordt de Kamer begin november nader geïnformeerd.</p> <p>Los van deze verkenningen blijf ik werkgevers en werknemers aanmoedigen het goede gesprek met elkaar aan te voeren over vaccinatie. Om de onzekerheid proberen weg te nemen over wat een werkgever nu wel of niet mag vragen van zijn werknemers, is meer informatie gepubliceerd op de site van de Rijksoverheid.</p>
<p>Politieke afspraken en betrokken partijen (regerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De inzet van CTB's is in de Tweede Kamer door steun van VVD, D66, CDA en PvdA tot stand gekomen. CU, tot voorheen coalitiepartner, stemde tegen de inzet van CTB's.</li> </ul> <p>T.a.v. vaccinatieplicht zijn twee moties van Kuzu (DENK) aangenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spreekt uit dat bedrijven vaccinatieplicht niet kunnen opleggen als voorwaarde voor hun werknemers (25295, nr. 1141)</li> <li>• spreekt uit dat vaccinatie vrijwillig is en dus niet stiekem alsnog verplicht (25295, nr. 1142)</li> </ul> <p>T.a.v. 2G is in de Kamer de motie Pouw-Verweij (JA21) aangenomen, waarin de Kamer uitspreekt dat niet enkel bewijs van vaccinatie of doorgemaakte ziekte een toegangsvereiste voor voorzieningen mag zijn.</p>
<p>Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het</p>	

thema)	
--------	--

## Pandemische paraatheid

## 13. Factsheet: pandemische paraatheid en versterking publieke gezondheid

<b>Onderwerp:</b> pandemische paraatheid en versterking publieke gezondheid	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het “blokje” na de inleidende tekst (max 250 woorden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De coronapandemie heeft immense impact gehad op de samenleving en de economie.</li> <li>• We bleken onvoldoende voorbereid op grootschalige infectieziektecrises.</li> <li>• Onze pandemische paraatheid moet beter.</li> <li>• Die voorbereiding begint bij een betere basis: versterking van het stelsel van publieke gezondheid en de infectieziektebestrijding.</li> <li>• Met een sterkere basis is het vertrekpunt voor een pandemische crisis beter.</li> <li>• We moeten over de hele linie beter klaarstaan en meer wendbaar zijn om bij een uitbraak snel te kunnen acteren en opschalen.</li> <li>• Dat vraagt om herziening van beleid, betere instrumenten en een sterkere infrastructuur en om samenwerkingsketens die goed op elkaar aansluiten.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Met de middelen die zijn gereserveerd voor 2022 kunnen eerste voorbereidingen worden getroffen op beleidsniveau.</li> <li>• We kunnen kwartier maken en een beleidsagenda formuleren over de pandemische paraatheid van de publieke gezondheid.</li> <li>• Zo kan een volgend kabinet voortvarend van start en besluiten nemen over de uitvoering. In de voorliggende ontwerpbegroting 2022 zijn voor de uitvoering daarom ook nog geen middelen gereserveerd voor de uitvoering.</li> <li>• Eind 2021 zal het kabinet de Kamer informeren over de beleidsagenda en de brede context van inspanningen om de pandemische paraatheid van de zorg te verbeteren.</li> <li>• Maar hiermee zijn we er dus nog lang niet.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naast het geld voor het opstellen van de beleidsagenda op de pandemische paraatheid is binnen de ontwerpbegroting geld beschikbaar voor onderwerpen die bijdragen aan het verbeteren van de pandemische paraatheid van de zorg(sector) en langdurige zorg.</li> <li>• Voorbeeld is de vorming van een nationale zorgreserve waarover ik u begin oktober heb geïnformeerd. Met de €5 mln. structureel die beschikbaar is, kan naar verwachting een reserve van ongeveer 2000 reservisten paraat worden gehouden.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<p>De aangekondigde brief met beleidsagenda op pandemische paraatheid volksgezondheid zal de contouren schetsen van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de versterking van de governance van de publieke gezondheid, waaronder het oprichten van een landelijke functionaliteit voor de coördinatie op de uitvoering tijdens een landelijke infectieziektecrisis – zoals ook geschetst in het rapport van Verweij Jonker, die op 18 juni 2021 aan de Kamer is gestuurd.</li> <li>• wat nodig is om de governance van het publieke gezondheidsstelsel in de breedte te versterken. Er wordt toegewerkt naar een ontwikkelagenda. Deze ontwikkelagenda schetst de verschillende governance opgaven, wat nodig is om deze opgaven te adresseren en waar onderlinge samenhang bestaat. Deze ontwikkelagenda draagt bij aan het creëren van een sterk fundament onder de pandemische paraatheid en het structureel verbeteren van de ICT- en data-infrastructuur t.b.v. infectieziekten</li> <li>• de pandemische paraatheid van de infectieziektebestrijding – waaronder de monitoring, surveillance en opvolging, de ontwikkeling en beschikbaarheid van pandemische vaccins en versterking van expertise, kennis- en innovatie.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zoönose-aanpak – waaronder de opvolging van de aanbevelingen van de Commissie Bekedam die ik u eerder heb toegestuurd</li> <li>• bijdrage aan en inzet op de EU en internationale agenda voor de pandemische paraatheid</li> <li>• aanpassing van de Wet publieke gezondheid</li> </ul> <p>In de stand van zakenbrief van 18 juni zijn bovengenoemde elementen voor de beleidsbrief benoemd.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De brief zal ook schetsen welke andere trajecten er zorgbreed zijn en worden ingezet om de pandemische paraatheid van de zorg te verbeteren. Het gaat om Leveringszekerheid en toegang, Acute zorg (opschalen IC, regie), Langdurige zorg, Zorgreserve en Vernieuwing toezicht.</li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	<p><b>Signaal GGD</b></p> <p>André Rouvoet (vz GGD GHOR) heeft begin oktober in de media een stevig signaal afgegeven dat hij het onbegrijpelijk en onverantwoord om niet te investeren in de infectieziektebestrijding. Eerder heeft hij in een aantal position papers zijn wens geuit dat politiek Den Haag nu beslissingen neemt over de versterking van de publieke gezondheid inclusief verbetering van de pandemische paraatheid en vraagt daar frequent aandacht voor in de media. Hij vindt dat stappen nodig zijn om infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg in preventieve sfeer te versterken (hij geeft aan dat het opleiden van IZB artsen een ruime tijdsinvestering vraagt en dat de urgentie hoog is). Mogelijk refereert de Kamer aan het signaal van Rouvoet tijdens de begrotingsbehandeling.</p> <p><b>Kwetsbaarheden nav covid-19 crisis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Governance:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- ontbreken landelijke regie op operationele uitvoering GGD-en bij bestrijding A ziekten</li> <li>- mogelijkheden regie en sturing in de huisartsenzorg en acute zorg in crisistijd zijn beperkt</li> <li>- geen structurele basis bij GGD-en voor preventiebeleid</li> <li>- Capaciteit GGD-en infectieziektenbestrijding voor basis &amp; snel opschaalbaar onvoldoende</li> </ul> </li> <li>• Randvoorwaarden niet op orde:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Onvoldoende opgeleide IZB artsen/verpleegkundigen. Personeelstekort in de zorg leidt tot hoge werkdruk en uitval. Zorgcontinuïteit, inhaalzorg en opschaling IC-capaciteit staan permanent onder druk met mogelijke gezondheidsschade tot gevolg</li> <li>- Onvoldoende ondersteunende ICT systemen voor bv testen, traceren, vaccineren. Privacy- problematiek (zie ook Gateway).</li> </ul> </li> <li>• Onvoldoende investering ontwikkeling/beschikbaarheid vaccins/innovatieve behandelingen</li> <li>• Complex vaccinatiestelsel</li> </ul> <p><b>Wat nodig om zorg weerbaarder te maken?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herijken crisisaanpak: evaluaties, draaiboeken</li> <li>• Versterken publieke gezondheid en herijken governance GGD-en: regievraagstuk. Belangrijk onderdeel is de versterking van de GGD in de bredere keten, waarbij aansluiting tussen de verschillende deelsystemen beter moet.</li> <li>• Schaalbare en flexibele ondersteunende ICT systemen voor bv testen, traceren, vaccineren en daarbij de privacy-problematiek te mitigeren</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Gateway)</li> <li>• Herijken complexe vaccinatiestelsel</li> <li>• Versterken zoönosenbeleid: voorkomen bij de bron (commissie Bekedam)</li> <li>• Visie/investering op publiek/private samenwerking bij ontwikkeling/productie/beschikbaarheid/inkoop vaccins (tevens aparte claim GMT)</li> <li>• Nederland stevige inzet in internationale agenda (wijziging rol EU, WHO, geopolitiek)</li> <li>• Investeren in arbeidsmarkt/opleiden zorgbreed</li> <li>• Nationale Zorgreserve als crisisfaciliteit</li> <li>• Herijken regie en sturing in de huisartsenzorg en acute zorg, o.a. rol ROAZ en GHOR</li> </ul>
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	<p>VWS staat samen met RIVM en GGD aan de lat om de pandemische paraatheid van de publieke gezondheid te verbeteren. De beleidsbrief van eind dit jaar zal beschrijven welke thema's de komende tijd verder uitgewerkt zullen worden en welk proces hiervoor zal worden gevolgd. Evaluaties die nu lopen zoals die van de Onderzoeksraad voor Veiligheid, maar ook reeds opgeleverde rapporten zoals die van Verwey-Jonker over de rol van de GGD-en en het rapport van Bekedam (juni) over zoönosen zullen daarin worden betrokken. Over het rapport van Bekedam heeft de TK dit najaar een technische briefing gepland. De beleidsbrief zal daarbij ook de brede context van de pandemische paraatheid van de zorg schetsen.</p>
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de stand van zakenbrief COVID19 van 18 juni zijn de belangrijkste elementen geschetst voor de pandemische paraatheid en is toegezegd dat er eind 2021 een beleidsagenda wordt toegestuurd. Daarnaast is toegezegd dat er een ambtelijke verkenning naar een landelijke functionaliteit infectieziektenbestrijding zou worden gestart, die gericht zal zijn op landelijke coördinatie op de uitvoering van infectieziektenbestrijding.</li> <li>• De Kamer is begin oktober 2021 geïnformeerd over de vormgeving van de Nationale Zorgreserve. Hiermee is de motie Pieter Heerma / Wilders (nov 2020) afgedaan inzake onderzoek naar inrichting Nationale Reserve van Zorgverleners die kunnen bijspringen bij pandemie, rampen of terreuraanslag.</li> <li>• We zetten in op een passage in het Regeerakkoord over de versterking publieke gezondheid en de pandemische paraatheid; in lijn met de inzet van de 4 partijen in de verkiezingsprogramma.</li> </ul>
Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het totaal is voor 2022 een bedrag van €22 mln. opgenomen op de begroting voor de pandemische paraatheid.</li> <li>• Van de 22 mln. is 7 mln. voor de opstartkosten van de pandemische paraatheid van de publieke volksgezondheid. Van deze € 7 mln. is € 1 mln. beschikbaar voor apparaatskosten bij de directie publieke gezondheid, ten behoeve van (beleids)versterking.</li> <li>• T/m 2026 is jaarlijks 7 mln. beschikbaar voor de opstartkosten pandemische paraatheid van de publieke volksgezondheid.</li> <li>• De daadwerkelijke uitvoering van de beleidsagenda zal forse investeringen vereisen, hier is nog geen budget voor geraamd.</li> <li>• Daarnaast is 15 mln. beschikbaar voor de pandemische paraatheid van de zorg, zoals zorgreservisten (5 mln. struc), het voortzetten van het LCPS in</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Q1 en Q2 van 2022 (4 mln. in 2022), de leveringszekerheid (3,6 mln. in 2021 en 4,5 mln. in 2022) en versterking langdurige zorg.</li> </ul>
--	--

### Tabel begroting 2022

Startvariant pandemische paraatheid (13 mln.)	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Pandemische paraatheid						
w.o. - Pandemische paraatheid volksgezondheid	4.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000
w.o. - Zorgreservisten	0	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
w.o. - Leveringszekerheid (investeren in weerbaarheid medische productiesector)	2.500	2.500	0	0	0	0
w.o. - Leveringszekerheid (onderzoek en advies)	1.100	2.000	0	0	0	0
w.o. - Versterken crisisbestendigheid acute kolom	0	4.000	0	0	0	0
w.o. - Versterken langdurige zorg	200	1.500	1.200	1.000	1.000	1.000
<b>Totaal pandemische paraatheid</b>	<b>7.800</b>	<b>22.000</b>	<b>13.200</b>	<b>13.000</b>	<b>13.000</b>	<b>13.000</b>

102 - 120

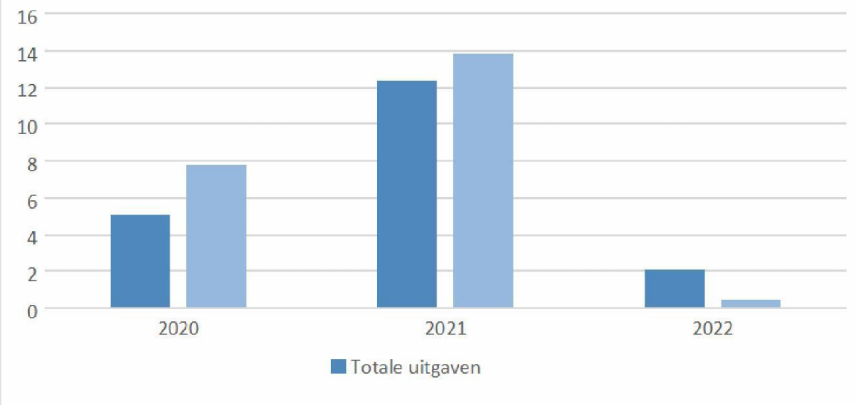
5.1.2i Concept

Publieksinformatie	3,8
communicatieonderzoek / anal.	6,8
interne communicatie	5,6
bidoc / informatiespecialisten	
staf / bedrijfsvoering	4,5
Subtotaal	58,0
Overig	8,7
Totaal	66,7 (2)

- (1) Deze bezetting is gebaseerd op vaste formatie en tijdelijke formatie voor de duur van de kabinetsperiode
- (2) Aanvullend op de 66,7 is er tijdelijke inhuur vanwege communicatie over de coronacrisis (fluctuerend 25-30)

## Factsheet: Stand van zaken Financieel beheer VWS

<b>Onderwerp:</b> Stand van zaken Financieel beheer VWS. Inclusief onrechtmatigheid, afwijkende en opmerkelijke zaken	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De afgelopen maanden hebben laten zien dat het coronavirus weerbarstig is en snelle besluitvorming en beleid soms noodzakelijk is om het virus te beheersen. Dit betekent ook dat beleid en uitvoering vaak hand in hand gaan, wat zijn weerslag heeft op het financieel beheer.</li> <li>• Een belangrijk gegeven voor dit jaar zijn de stijging aan coronageleeteerde uitgaven van 5,1 miljard euro in 2020 naar tot nu toe de 12,4 miljard euro bij de 11<sup>de</sup> ISB in 2021. Hiermee is de druk van vorig jaar op het financieel beheer alles behalve afgenomen.</li> <li>• Het Programma Verbetering financieel beheer heeft procesverbeteringen in gang gezet. Zo is het aantal medewerkers in de financiële functie toegenomen en is er belangrijke voortgang geboekt op het tijdig informeren van het Parlement. Daarmee is het programma gestart, maar moet de werking en het resultaat voor een verbetering van de jaarrekening 2021 in belangrijke mate nog worden gerealiseerd.</li> <li>• Verder kijkend in de toekomst zal de gestarte structurele verbetering van het financieel beheer een proces van een aantal jaar zijn.</li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<p>Het programma verbetering financieel beheer is sinds mei 2021 gestart en richt zich op de korte termijn op het tijdig informeren van het Parlement, tijdige en juist financiële administratie en rechtmatige uitvoering en de bevindingen ten aanzien van het subsidie- en inkoopbeheer. De uitvoering van het programma heeft tot op heden als belangrijkste resultaat dat het tijdig informeren van het Parlement significant is verbeterd. Met inmiddels 11 incidentele suppletore begrotingen is deze begrotingsonrechtmatigheid teruggebracht naar € 182 miljoen en is een bedrag van € 116 miljoen nog onzeker. Voor de rechtmatige uitvoeringonderwerpen zijn procesverbeteringen ingezet waarvan de werking en de resultaten in de komende tijd zullen blijken.</p> <p>Voor de structurele borging is in de eerste maanden ingezet op een structurele versterking van de financiële functie. Inmiddels zijn 16 extra fte in dienst. Mede op basis van extern advies wordt de actielijn 'structurele borging' verder vorm gegeven.</p>
Context/ achtergrondinformatie	Het programma is tot stand gekomen naar aanleiding van het bezwaar dat de Algemene Rekenkamer heeft gemaakt op het gevoerde financieel beheer van het ministerie van VWS bij het opstellen van de verantwoording 2020. Met het programma heeft het ministerie van VWS erkent dat er verbetering nodig is, zowel op korte termijn als structureel.
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)	Het programma zet zich in op vijf thema's: het tijdig informeren van het Parlement, tijdige en juist financiële administratie, rechtmatige uitvoering, het subsidie- en inkoopbeheer en als laatste de structurele borging. Onder deze vijf thema's hangen drie projectlijnen: herstel, 'kraan dicht' en structurele borging. Waarbij het laatste project verder zal worden ingericht aan de hand van het externe advies van KPMG.
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)	De Kamer heeft verzocht om tweejaarlijks geïnformeerd te worden over de voortgang van het programma en via de motie Sneller c.s. (Kamerstukken II, 2020/21, 35 830 nr. 9) om twee keer te rapporteren over de voortgang van de onvolkomenheden. Daarnaast is motie Den Haan c.s. aangenomen waarin wordt gevraagd om in te gaan op de gewenste cultuur en hier verdere uitvoering aan te geven in het programma (Kamerstukken II, 2020/21, 35 830 nr. 36) en als laatste de motie Van den Berg over directe gunning met goede onderbouwing (Kamerstukken II, 2020/21, 35 830 nr. 12).

	<p>Het programma is tot stand gekomen naar aanleiding van het bezwaar dat de Algemene Rekenkamer heeft gemaakt op het gevoerde financieel beheer van VWS.</p>												
<p>Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in mbt het thema)</p>	<p>Grafiek 1. Totale uitgaven en verplichtingen corona (mld. €)</p>  <table border="1" data-bbox="549 398 1409 801"> <thead> <tr> <th>Jaar</th> <th>Totale uitgaven (mld. €)</th> <th>Verplichtingen (mld. €)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2020</td> <td>5,0</td> <td>7,8</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>12,5</td> <td>13,85</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>2,0</td> <td>0,182</td> </tr> </tbody> </table> <p>Van de totaal aangegane verplichtingen van 7,8 miljard euro was 4,0 miljard euro in 2020 niet tijdig gemeld aan het Parlement aan daarmee werd een begrotingsonrechtmatigheid begaan. In 2021 is van de tot nu toe 13,85 miljard euro totaal aangegane verplichtingen 182 miljoen euro niet tijdig gemeld aan het parlement en is een bedrag van 116 miljoen euro onzeker of deze tijdig is gemeld aan het Parlement.</p>	Jaar	Totale uitgaven (mld. €)	Verplichtingen (mld. €)	2020	5,0	7,8	2021	12,5	13,85	2022	2,0	0,182
Jaar	Totale uitgaven (mld. €)	Verplichtingen (mld. €)											
2020	5,0	7,8											
2021	12,5	13,85											
2022	2,0	0,182											

## Factsheet: Uitgavenoverzicht MVWS

<b>Onderwerp: begrote extra uitgaven in 2022 e.v. per bewindspersoon (minister De Jonge)</b>							
<b>Bedragen in mln euro's</b>	<b>Hoofdstuk</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>
Coronabestrijding*	<i>Niet-relevant voor plafonds</i>	12.614	2.153	466	10	2	
Instroom ggz-patiënten in de Wlz	<i>Premie</i>	331	696	687	679	672	664
Jeugdzorg	<i>Gemeentefonds</i>	1.009	1.614				
PGB 2.0 en beheer	<i>VWS-begroting</i>	34	38	13	12	12	12
Pandemische paraatheid	<i>VWS-begroting</i>	8	22	13	13	13	13
Elekt. gegevensuitwiss. in de zorg	<i>VWS-begroting</i>		18	11			
Instellingssubsidie stichting MedMij	<i>VWS-begroting</i>		8				
Geweld hoor Nergens Thuis	<i>VWS-begroting</i>		5				
Voortzetten inkoop sociaal domein	<i>VWS-begroting</i>		2				
IGJ farmacie	<i>VWS-begroting</i>		2	2	2	2	2

\*Zie extra tabel voor uitsplitsing van Corona-uitgaven in 2022

**Coronabestrijding**

In 2021 wordt op de VWS-begroting € 12,6 miljard en in 2022 € 2,1 miljard extra uitgaven geraamd voor de coronabestrijding. Zie extra toegevoegd tabel op de laatste pagina (van deze factsheet) voor een uitsplitsing van de extra uitgaven aan de coronabestrijding. Uitgaven hebben vooral betrekking op testen, traceren en vaccineren.

**Instroom ggz-patiënten in de Wlz**

Dit betreft een actualisering van de raming van de openstelling van de Wlz voor cliënten met een psychische stoornis, waartoe is besloten in het Regeerakkoord 2017-2021. Er zijn inmiddels ruim 17.000 cliënten ingestroomd en naar verwachting loopt dit nog op tot circa 24.500 per 1 januari 2022. Dit zijn er meer dan oorspronkelijk geraamd (9.250 cliënten). Dit leidt tot hogere uitgaven in de Wlz van € 331 miljoen in 2021, € 696 miljoen in 2022 aflopend tot € 664 miljoen structureel vanaf 2026. De hogere uitgaven in de Wlz worden deels (maar niet geheel) gecompenseerd door afspraken die zijn gemaakt met gemeenten over de nacalculatie van het bedrag dat op basis van geld-volgt-cliënt verschuift vanuit de Wmo naar de Wlz. De compensatie vanuit andere domeinen is niet volledig, omdat de zorgkosten in de Wlz voor de overgehevelde ggz-cliënten hoger zijn dan in het sociaal domein (door o.a. bredere zorgaanpak). Ook bleken de Wmo-tarieven in de nacalculatie lager dan in de ex ante raming die voorafgaand aan de overheveling is verwerkt.

**Jeugdzorg**

Om de toegankelijkheid, effectiviteit, betaalbaarheid en kwaliteit van de jeugdzorg verder te verbeteren is urgent actie nodig. Hiervoor komt komend jaar € 1,3 miljard euro extra beschikbaar voor gemeenten, bovenop de 300 miljoen die vorig jaar is toegezegd. Het kabinet en de gemeenten maken samen met cliëntenorganisaties, beroeps- en brancheverenigingen en professionals een hervormingsagenda voor het jeugdstelsel. Daarnaast ontvingen gemeenten eerder in totaal circa 1 miljard in 2021, o.a. de € 613 miljoen bovenop de € 300 miljoen die eerder beschikbaar was gesteld bij de voorjaarsbesluitvorming van 2019. Verder is er door corona € 95,5 miljoen uit steunpakketten voor jongeren in het kader van corona, om laagdrempelige mentale ondersteuning te bieden, sociale activiteiten mogelijk te maken en kwetsbare doelgroepen te ondersteunen.

**PGB 2.0 en beheer**

Dit betreft extra uitgaven voor de doorontwikkeling en beheer van het pgb 2.0-systeem.

**Pandemische paraatheid**

In 2022 wordt er € 22 miljoen geïnvesteerd in pandemische paraatheid.

<b>Bedragen in duizenden euro's</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>
w.o. - Pandemische paraatheid volksgezondheid	4.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000
w.o. - Zorgreservisten	0	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000

		0				
w.o. - Leveringszekerheid (investeren in weerbaarheid medische productiesector)	2.50 0	2.50 0	0	0	0	0
w.o. - Leveringszekerheid (onderzoek en advies)	1.10 0	2.00 0	0	0	0	0
w.o. - Versterken crisisbestendigheid acute kolom*	0	4.00 0	0	0	0	0
w.o. - Versterken langdurige zorg	200	1.50 0	1.20 0	1.00 0	1.00 0	1.00 0
<b>Totaal pandemische paraatheid</b>	<b>7.8 00</b>	<b>22.0 00</b>	<b>13.2 00</b>	<b>13.2 00</b>	<b>13.2 00</b>	<b>13.2 00</b>

Daarvan is € 7 mln. voor de mensen die gaan werken aan pandemische paraatheid. Dit bedrag is bestemd voor apparaatskosten en opstartkosten waaronder het formuleren van de beleidsagenda voor de pandemische paraatheid. De overige 15 mln. is gereserveerd voor onderdelen die bijdragen aan het verbeteren van de pandemische paraatheid van de zorg(sector), zoals de agenda leveringszekerheid en de vorming van een nationale zorgreserve. De agenda leveringszekerheid betreft onderzoek naar kwetsbaarheden in de mondiale productie en toeleveringsketen voor geneesmiddelen, persoonlijke beschermingsmiddelen, medische technologie en een verder verkenning van mogelijkheden voor eventuele productie in Europees en nationaal verband. Tevens blijft een Nationale Zorgreserve van oud-zorgmedewerkers (verpleegkundigen en verzorgden die bij noodsituaties/ crisis tijdelijk inzetbaar zijn binnen verschillende sectoren in de zorg) beschikbaar. Daarnaast wordt voor de langdurige zorg inzet gevraagd voor het bevorderen en handhaven van hygiënemaatregelen, richtlijnontwikkeling alsook ventilatie op locaties voor langdurige zorg en ondersteuning; een blijvend goede aansluiting op de ROAZ en ander regionale samenwerkingsverbanden; het ondersteunen van vrijwilligersnetwerken en respijtzorgmogelijkheden; en het systematisch monitoren van sociale effecten. Tot slot zijn er middelen beschikbaar voor het voorzetten van het LCPS in Q1 en Q2 van 2022.

#### *Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg*

Digitale gegevensuitwisseling tussen cliënt en zorgprofessional, zorgprofessionals onderling moet veilig en eenduidig plaatsvinden. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat partijen in de zorgketen zorgvuldig omgaan met hun gegevens. Om dit te kunnen realiseren, moeten zorginstellingen hun ICT-infrastructuur en de technologie van hun systemen aanpassen. InZicht is de stimuleringsregeling die dit mogelijk maakt voor de langdurige zorg. Hiervoor is in 2022 € 17,8 miljoen beschikbaar en 11,2 miljoen in 2023.

#### *Instellingssubsidie Stichting MedMij*

Voor de subsidiering van stichting MedMij is in 2022 een incidenteel budget van € 7,9 miljoen benodigd.

#### *Geweld Hoort Nergens Thuis*

Dit betreft financiering van in stand houding van verschillende lopende programma's tijdens de demissionaire kabinetsperiode.

#### *Voortzetten inkoop sociaal domein*

Door o.a. te investeren in het versterken van regionale samenwerking, het verbeteren van inkoop en aanbesteden en het terugdringen van administratieve lasten, wordt in 2022 het opdrachtgeverschap en opdrachtnemerschap van gemeenten en aanbieders verder geprofessionaliseerd.

#### *IGJ Farmacie*

Er wordt extra geld vrijgemaakt voor toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd op de farmaceutische sector.

**Tabel 1 Totaal COVID-19 gerelateerde maatregelen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (bedragen x €1 miljoen)**

Art.	Omschrijving maatregel	realisatie 2020 <sup>1</sup>	2021 <sup>2</sup>	2022	2023	2024	2025	Vindplaats uitgaven 2021
<b>A. Begrotingsgefinancierd</b>								
2, 1 en 3	1) Aanschaf en distributie medische beschermingsmiddelen	1229	7	51	28			ISB2, ISB4, ISB11
1	2) GGD'en en veiligheidsregio's	387	2.558	411				ISB4, ISB6, ISB8, ISB9, ISB11
1	3) IC-capaciteit	91	191	162				ISB4
6	4) Ondersteuning sportsector	68	391					ISB1, ISB3, ISB4, ISB9, ISB11
4	5) Ondersteuning zorgpersoneel	0	22					
1, 2 en 4	6) Onderzoek inzake COVID-19	40	25	62	32	6	2	ISB6, ISB9, ISB11
1	7) Testcapaciteit	949,0	5.472	753				ISB1, ISB3, ISB4, ISB6, ISB7, ISB8, ISB9, ISB10, ISB11
1 en 9	8) Vaccin ontwikkeling, implementatie en medicatie	93	1.985	623	400			ISB2, ISB4, ISB6, ISB7, ISB11
4	9) Zorgbonus	2054	1.024	12	1			ISB4, ISB11
4	10) Omscholen personeel voor arbeidsmarkt zorg	0	96					ISB2, ISB6
4	11) Zorgkosten en bijstand Caribisch Nederland	75	73					ISB4, ISB9
1, 2, 3, 4, 9 en 10	12) Overige maatregelen (plafond Rijksbegroting)	68	510	51	5	4		ISB4, ISB6, ISB9, ISB11
	<b>Totaal A</b>	<b>5.064</b>	<b>12.353</b>	<b>2.125</b>	<b>466</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	
<b>B. Premiegefinancierd</b>								
	13) Meerkosten COVID-19 Wlz (plafond Zorg)	190	162					ISB6
	14) Overige maatregelen (plafond Zorg)	16	100	29				ISB6, ISB11
	<b>Totaal B</b>	<b>206</b>	<b>261</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
	<b>Totaal A+B=C</b>	<b>5.260</b>	<b>12.614</b>	<b>2.153</b>	<b>466</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2020/2021, 35830-XVI, nr. 1, Kamerstukken II 2020/2021, 35830-XVI, nr. 3, Kamerstukken II 2020/2021, 35830-XVI, nr. 4

<sup>2</sup> ISB1 Kamerstukken II 2020/21, 35678, nr. 1, ISB2 Kamerstukken II 2020/21, 35684, nr. 1, ISB3 Kamerstukken II 2020/21, 35703, nr. 1, ISB4 Kamerstukken II 2020/21, 35763, nr. 1, ISB5 Kamerstukken II 2020/21, 35796, nr. 1, ISB6 Kamerstukken II 2020/21, 35815, nr. 1, ISB7 Kamerstukken II 2020/21, 35841, nr. 1, ISB8 Kamerstukken II 2020/21, 35854, nr. 1, ISB9 Kamerstukken II 2020/21, 35884, nr. 1, ISB10 Kamerstukken II 2020/21, 35895, nr. 1 en ISB11 Kamerstuk volgt.

*Aanschaf en distributie medische beschermingsmiddelen*

## Factsheet: Medische ethiek

<b>Onderwerp: Medische Ethiek</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het “blokje” na de inleidende tekst	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit kabinet heeft in de afgelopen regeerperiode zorgvuldige stappen gezet aan de hand van de toetsingsvragen uit het regeerakkoord: 1) wetenschappelijke noodzaak, 2) ethische bezinning bij professionals en 3) maatschappelijke en politieke bezinning.</li> <li>- In de laatste voortgangsrapportage medische ethiek die februari 2021 naar de Kamer is gegaan, is daarover uitvoerig bericht. Gelet op de demissionaire status van het kabinet, is geen nieuwe politieke besluitvorming voorzien.</li> <li>- Enkele van de stappen die in 2021 gezet zijn: <ul style="list-style-type: none"> <li>o De kabinetsreactie op de evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap is in februari 2021 naar de Kamer gestuurd.</li> <li>o In juni 2021 is het voorstel tot wijziging van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting naar de Kamer verzonden. Deze wijziging ziet onder meer op het maximaal aantal vrouwen waaraan een zaaddonor mag doneren. Naar aanleiding van twee rechterlijke uitspraken is zal nog een wijziging worden geïnitieerd door middel van een nota van wijziging. De wetwijziging houdt in dat de gegevens van een bekende donor van vóór 2004 in principe worden verstrekt, tenzij de donor een zwaarwegend belang kan aantonen om niet over te gaan tot verstrekking van zijn persoonsidentificerende gegevens. De verwachting is dat de nota van wijziging uiterlijk voor het kerstreces aan de Raad van State kan worden voorgelegd. Daarna zal deze zo spoedig mogelijk bij de Tweede Kamer worden ingediend.</li> <li>o In mei 2021 is het Wetsvoorstel zeggenschap lichaamsmateriaal aan de Kamer aangeboden.</li> <li>o In nauwe samenwerking met het veld heeft het ministerie van VWS een programma regeldruk voor medisch-wetenschappelijk onderzoek geïnitieerd. Dit programma werkt aan een geharmoniseerd toetsingskader voor onderzoek dat niet onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek valt (WMO), omdat onderzoekers veel administratieve lasten ervoeren. Daarnaast wordt de afbakening van WMO-plichtig onderzoek verduidelijkt.</li> <li>o Het ministerie van VWS en het ministerie van JenV zijn bezig met het opstellen van een Regeling levensbeëindiging bij kinderen 1-12 jaar in samenspraak met experts en professionals uit de praktijk. Met deze regeling wordt voorzien in zorgvuldigheidseisen die een arts in acht dient te nemen bij de actieve levensbeëindiging van een kind. De verwachting is dat eind dit jaar een schriftelijke consultatieronde plaatsvindt, waarna de regeling in de eerste helft van 2022 mogelijk vastgesteld kan worden.</li> <li>o In een brief in juli 2021 is de Kamer n.a.v. een aantal toezeggingen geïnformeerd over de voortgang van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de aanpak van de wachtlijst voor patiënten met psychiatrisch lijden die zich melden bij het Expertisecentrum Euthanasie (EE);</li> <li>- de uitvoering van de motie Bergkamp c.s.<sup>2</sup> waarin gevraagd wordt om na te gaan of en zo ja, hoe VWS (financiële) ondersteuning kan geven aan het EE voor de verdere ontwikkeling en verspreiding van scholing en begeleiding door het EE onder artsen<sup>3</sup>;</li> <li>- euthanasie bij vergevorderde dementie, gedaan tijdens het mondelinge vragenuur van 24 november 2020.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
Samenvatting van onderwerp dat voorligt	<ul style="list-style-type: none"> <li>o De medisch-ethische agenda beslaat een veelheid aan onderwerpen, onder te verdelen in 1) begin van het leven (abortus en donorkinderen); 2) onderzoek en technologie (Embryowet, WMO, Wzl); en 3)</li> </ul>

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar, 2020-2021, 32647, nr. 87

<sup>3</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 35 570 XVI, nr. 133

	<ul style="list-style-type: none"> <li>o levenseinde (euthanasie, voltooid leven, late zwangerschapsafbreking / levenseinde pasgeborenen).</li> <li>o De ervaring leert dat tijdens de begrotingsbehandeling meestal vragen worden gesteld over abortus en euthanasie. Vanwege de actualiteit zijn vragen te verwachten over de uitwerking van de Regeling actieve levensbeëindiging bij kinderen van 1-12 jaar, over het onderzoek door het OM in verband met de Coöperatie Laatste Wil (CLW), over de afstemming tussen de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) en het OM en over de uitwerking van moties (van de begrotingsbehandeling vorig jaar) over kennis delen (met name over euthanasie bij psychiatrie) en het tijdige gesprek over het levenseinde.</li> <li>o Er is een aparte factsheet over de subsidieverlening aan Siriz (n.a.v. een onderzoeksartikel van het NRC).</li> </ul>
Context/ achtergrondinformatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>o De eindrapportage over de dialoog over de laatste levensfase is in januari 2021 aan de Kamer aangeboden, net als de rapportage over de DNA-dialoog. De rapportage over de dialoog over embryoselectie bij dragerschap is meegestuurd met de voortgangsrapportage in februari 2021.</li> <li>o De dialoog over het kweken van menselijke organen in dieren is begin dit jaar opgestart. Op kleine schaal (focusgroepen) hebben de eerste gesprekken plaatsgevonden en Nemo Kennislink publiceert artikelen. De eerste grotere bijeenkomsten hebben ook plaatsgevonden, en in oktober en november zal er nog een aantal volgen. Begin 2022 wordt de eindrapportage verwacht.</li> <li>o Momenteel is de relatie tussen het OM en de RTE gespannen, dit naar aanleiding van aanpassingen van de EuthanasieCode (EC)<sup>4</sup> die door de RTE zijn gedaan op basis van de arresten van de Hoge Raad (HR april 2020) inzake een casus euthanasie bij vergevorderde dementie ( 'koffie-euthanasie' zaak). Het OM is het op sommige punten niet eens met de duiding door de RTE in de EC. Belangrijkste geschilpunt betreft het overleg met de wilsonbekwame patiënt over het moment en de wijze waarop de euthanasie zal plaatsvinden.<sup>5</sup> De EC wordt eind dit jaar (opnieuw) herzien, mede op basis van feedback van het OM en de KNMG.</li> <li>o Jaarlijks vraagt een aantal fracties bij de begrotingsbehandeling om een subsidie te verstrekken aan het EE. Het EE ontvangt financiering via de Zvw voor het in behandeling nemen van euthanasieverzoeken. Het overige werk van het EE (kennisfuctie) wordt gefinancierd met donaties. Het ministerie van VWS heeft zich op het standpunt gesteld dat kennisontwikkeling en -verspreiding de verantwoordelijkheid is van de beroepsgroep (VWS financiert verspreiden van kennis al deels via een instellingssubsidie aan het KNMG-programma SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland)). Daarnaast kleven er staatssteunaspecten aan subsidieverlening aan het EE. Er zijn bovendien meerdere organisaties die zich, soms vanuit een ideële instelling, bezighouden met informatieverstrekking over de laatste levensfase en euthanasie.</li> <li>o D66 heeft in december 2020 het advies van de Raad van State (RvS) ontvangen op het Initiatiefwetsvoorstel toetsing levenseindebegeleiding van ouderen op verzoek. Het is nu aan D66 hierop te reageren. Reactie is mogelijk afhankelijk van de kabinetsformatie.</li> </ul>
Handelingsperspectief (wat doen we als VWS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Diverse onderzoeken en maatschappelijke dialogen (1 over de laatste levensfase, 4 over handelingen met embryo's) zijn vanaf 2018 gestart</li> </ul>

<sup>4</sup> De EuthanasieCode (EC) is een handzaam overzicht van de manier waarop de zorgvuldigheidseisen door de RTE worden geïnterpreteerd.

<sup>5</sup> De RTE duidde dit als volgt: als geen betekenisvolle communicatie met de patiënt meer mogelijk is dan hoeft de arts niet te overleggen en geldt de schriftelijke wilsverklaring, terwijl het OM stelt dat de arts ook bij patiënten bij wie communicatie op cognitief niveau niet meer mogelijk is moet proberen dit te bespreken.

aan dit probleem)	<ul style="list-style-type: none"> <li>o en komen (deels) in 2021 tot een afronding. Besluitvorming wordt overgelaten aan het volgende kabinet.</li> <li>o Het ministerie van VWS continueert de gesprekken met alle betrokken partijen in de ggz-sector en het Expertisecentrum Euthanasie om tot tijdige en passende zorg voor psychiatrische patiënten met een doodswens en een euthanasieverzoek te komen. Hierbij wordt ook gekeken of en hoe een financiële bijdrage door VWS kan worden gegeven, voor bijvoorbeeld overdracht van kennis en expertise.</li> <li>o Naar aanleiding van recent onderzoek door het OM naar de activiteiten van de CLW (verdenking hulp bij zelfdoding en verkoop zelfmoordpoeder) gaat de minister van VWS een extra gesprek aan met de veldpartijen die zich verbonden hebben aan de code 'Signalering risico's op suïcide met behulp van chemische stoffen'<sup>6</sup> om te bezien of afspraken moeten worden aangescherpt. Een interne verkenning wijst uit dat juridische maatregelen niet geschikt zijn om de verkoop van zelfmoordstoffen te voorkomen.</li> </ul>
Politieke afspraken en betrokken partijen (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken, mijlpalen e.d.)	<p><u>Regeerakkoord:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bij besluitvorming over medisch-ethische onderwerpen is bestaande wet- en regelgeving het uitgangspunt.</li> <li>o Nieuwe ontwikkelingen zullen worden beoordeeld aan de hand van een toetsingskader met de volgende drie elementen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medisch-wetenschappelijke noodzaak</li> <li>- Medisch-ethische dimensie (via professionals)</li> <li>- Maatschappelijke discussie en politieke bezinning</li> </ul> </li> </ul> <p>- Gelet op de demissionaire status van het kabinet heeft sinds de vorige begroting geen nieuwe politieke besluitvorming m.b.t. medische ethiek plaatsgevonden.</p> <p><u>Coalitie:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Het afgelopen jaar zijn door de coalitie geen nieuwe afspraken gemaakt over medische ethiek.</li> </ul>
Cijfers (Vul hier de relevante cijfers in m.b.t. het thema)	

<sup>6</sup> De zelfregulering door de chemie sector is uitgewerkt in de code 'Signalering risico's op suïcide met behulp van chemische stoffen'. Deze code heeft als doel de drempel voor de beschikbaarheid van dodelijke stoffen die voor suïcide gebruikt kunnen worden te verhogen.

## Factsheet: Goed bestuur/rechtmatige zorg

<b>Onderwerp: Goed bestuur &amp; rechtmatige zorg</b>	
Kernboodschap / inleidende tekst voor het "blokje" na de inleidende tekst	<p>Goed bestuur is nodig om het leveren van goede zorg aan cliënten leidend te laten zijn bij de besluitvorming binnen zorgorganisaties. Momenteel vindt de <b>evaluatie</b> plaats naar de in 2016 opgestelde <b>Agenda Goed Bestuur</b>, waarin zelfregulering en professionalisering een belangrijke pijler is.</p> <p>Daarnaast is met uw Kamer in de afgelopen jaren gesproken over de regels rond de toetreding van zorgaanbieders. Per 1 januari 2022 treedt de <b>Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)</b> in werking en worden zorgaanbieders en jeugdhulpaanbieders aan de voorkant beter bewust gemaakt van de bestaande landelijke (kwaliteits)eisen en kunnen de toezichthouders beter toezicht houden.</p> <p>En tegenover goed bestuur staan fraudeurs die de betaalbaarheid en solidariteit van het zorgstelsel aantasten en daarbij misbruik maken van de kwetsbare positie van cliënten. Het huidige programma rechtmatige zorg loopt af en VWS <b>bespreekt</b> samen met de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) <b>wat nodig is om in de komende periode zorgfraude aan te pakken</b>.</p>
Context/ achtergrondinformatie	<p><b>Evaluatie agenda Goed Bestuur:</b> een onafhankelijke klankbordgroep doet een overkoepelende analyse van de drie onderzoeken die eind 2020 aan de TK zijn aangeboden, waarna VWS een beleidsreactie opstelt.</p> <p><b>Wtza:</b> betekent per 1 januari 2022 een forse verbetering t.o.v. de huidige Wet toelating zorginstellingen; de meldplicht, een aangescherpte vergunning en versterking van de interne toezichthouder, de uitbreiding van de jaarverantwoordingsplicht, de amvb acute zorg en overheveling van financieel getinte toezichttaken van IGJ naar NZa.</p> <p><b>Wetsvoorstel integere bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz):</b> wordt momenteel uitgewerkt. Aanleiding is terugkerende casuïstiek rond de integere bedrijfsvoering van zorgaanbieders. De Wibz beoogt betere borging van de integere bedrijfsvoering van zorgaanbieders en versterken van het extern toezicht daarop; een wettelijke norm ter voorkoming van negatieve gevolgen van tegenstrijdige belangen binnen zorgorganisaties, de mogelijkheid om voorwaarden te stellen aan winstuitkering door zorgaanbieders en aanscherping van de Wtza-vergunning vanuit integriteit.</p> <p><b>Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz):</b> is in juli 2020 aan de TK aangeboden, maar in maart 2021 controversieel verklaard. De Wbsrz biedt instanties in het zorgdomein grondslagen voor de uitwisseling van persoonsgegevens tbv de bestrijding van fraude in de zorg, nl. voor het Waarschuwingsregister zorgfraude (WR) en voor het Informatieknooppunt zorgfraude (IKZ). Met het WR kunnen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten elkaar onderling (persoons)gegevens verstrekken over rechtspersonen en natuurlijke personen die fraude in de zorg hebben gepleegd. Het IKZ brengt signalen die aanleiding geven tot een vermoeden van fraude, waaronder mogelijk persoonsgegevens, bij elkaar en signaleert over trends en fenomenen om fraude in de zorg eerder en beter te voorkomen.</p> <p><b>Evaluatie TIZ convenant</b> vanwege aflopen huidige afspraken in december 2021. Daarbij worden bevindingen betrokken van Algemene Rekenkamer (AR). AR komt in maart 2022 met een rapport en aanbevelingen mbt de doeltreffendheid van de gezamenlijke bestrijding van zorgfraude. In de Nota van bevindingen constateert de AR dat er –primair in de handhaving- niet of nauwelijks sprake is van een doeltreffende bestrijding van zorgfraude.</p> <p><b>Wet normering topinkomens (WNT):</b> regelt een bezoldigingsmaximum en maximeert ontslagvergoedingen voor topfunctionarissen in de publieke en</p>

	<p>semipublieke sector, waaronder de zorgsector. De WNT is in 2020 geëvalueerd door BZK. De WNT is controversieel verklaard. Besluiten omtrent vereenvoudiging en verbetering van de WNT worden overgelaten aan een volgend kabinet. N.a.v. berichtgeving in het Financieële Dagblad en op verzoek van een aantal fracties in de Tweede Kamer is een wetgevingstraject gestart om de onderaannemers in de verzekerde zorg onder de WNT te brengen, om zo ontwijkconstructies van topfunctionarissen te voorkomen. Na ontvangst van het advies van de Raad van State op het wetsvoorstel is in april 2020 in de Ministerraad besloten dat het wetsvoorstel nog bij de VVD moest worden gesondeerd. Vervolgstappen omtrent het wetsvoorstel worden overgelaten aan een volgend kabinet.</p>
<p>Handelingsperspectief (wat doen we als VWS aan dit probleem)</p>	<p><b>Evaluatie agenda Goed Bestuur:</b> naar verwachting wordt de TK eind 2021 over de aanbevelingen en beleidsreactie nader geïnformeerd. Gezien de demissionaire status van het kabinet wordt verdere besluitvorming overgelaten aan een volgend kabinet.</p> <p><b>Wtza:</b> VWS zet zich met het CIBG, de IGJ, de NZa en de brancheorganisaties van zorgaanbieders in om iedereen goed te informeren over deze wet. Belangrijke boodschap is dat het verbeteren van het risicogerichte toezicht op alle zorgaanbieders met zo min mogelijk regeldruk en uitvoeringslasten is betracht. Daarbij geldt voor bestaande zorgaanbieders die nu nog niet aan deze verplichtingen hoeven te voldoen een overgangperiode.</p> <p><b>Wibz:</b> gezien de demissionaire status van het kabinet wordt verdere besluitvorming op dit dossier overgelaten aan het volgende kabinet.</p> <p><b>Evaluatie TIZ convenant:</b> het begin 2022 te ontvangen rapport van de AR wordt meegenomen in de evaluatie van de Taskforce Integriteit Zorgfraude (TIZ). Besluitvorming over hoe verder met de aanpak van zorgfraude, is aan het volgende kabinet.</p>
<p>Politieke afspraken en betrokken partijen</p>	<p>RA: uitbreiding 20 FTE Inspectie SZW De samenwerking in de TIZ is vastgelegd in een convenant.</p>
<p>Cijfers</p>	<p><b>Meldplicht:</b> meer dan 20.000 nieuwe zorg- en jeugdhulpaanbieders per jaar. <b>Vergunning en intern toezicht:</b> jaarlijks ca. 550 vergunningplichtige zorgaanbieders en ca. 1.667 bestaande zorginstellingen in de 2-jarige overgangperiode. Instellingen die beschikken over een WTZi-toelating en op 1 januari 2021 Wtza-vergunningplichtig zijn worden automatisch omgezet. Intern toezicht geldt voor ca 3.507 vergunningplichtigen (instellingen die ogv de WTZi al moeten beschikken over intern toezicht en instellingen die binnen 2 jaar bij de aanvraag van de Wtza-vergunning hierover moeten beschikken).</p> <p><b>Jaarverantwoording:</b> nu (WTZi): ca. 3.000 (kleine en grote) zorgaanbieders, straks (AWtza): ca. 21.000 zorgaanbieders. Het verslagjaar 2021 is een overgangsjaar, zodat de sectoren van zorgaanbieders waarvoor de jaarverantwoording nieuw is pas over verslagjaar 2022 voor 1 juni 2023 hoeven te verantwoorden.</p> <p><b>Zorgfraude:</b> Zorgverzekeraars Nederland rapporteert jaarlijks wat uit fraudeonderzoeken naar voren komt. In 2020 is voor ca. €34 mln aan fraude vastgesteld, waarvan de meeste in de sectoren wijkverpleging (€19,7 mln), GGZ (€7,1 mln) en PGB Wlz (€4,3 mln). Dit geeft geen volledig beeld van de totale zorgfraude.</p>

## Korte introductie Programma Duurzame Zorg

Het programma duurzame zorg (van VWS en branchepartijen samen) ondersteunt de zorgsector met het behalen van de doelen, zoals geformuleerd in de Green Deal Duurzame Zorg.

De Green Deal bestaat uit vier pijlers:

- 1. klimaatneutrale zorgsector in 2050;
- 2. circulair werken in de zorg;
- 3. minder medicijnresten in het oppervlakte water;
- 4. een gezondheidsbevorderende leefomgeving.

De Green Deal is inmiddels door meer dan 300 partijen ondertekend en loopt van okt 2018 tot okt 2022. In het programma wordt nauw samengewerkt met directie Sport en de verduurzaming van de sportsector.

- Het programma wordt vanuit VWS ondersteund door een mix van (part-time) medewerkers van beleidsdirecties en medewerkers van een 'dedicated' programmabureau. Er is een programmabudget van circa € 1,8 mln. Het programma kent een overlegstructuur met een regiegroep, werkgroep en expertgroepen. De doelstellingen van het programma tot oktober 2022 zijn vastgelegd door de Regiegroep.
- DGCZ is op verzoek van het veld voorzitter van de regiegroep. De regiegroep is de hoeder van de Green Deal. Zij fungeert als de motor, inspireert het programmateam en reflecteert op het werkplan van het programma. De regiegroep geeft richting door strategische besluiten te nemen en stuurt op de resultaten per pijler.
- De Regiegroep bestaat uit: bestuurders VWS, Actiz, GGZ-NL, NFU, NVZ en VGN, ZN, kwartiermaker duurzame zorg (5.1.2e), Nederlandse Vereniging van Banken, directeur Milieu Platform Zorg en Peter Blankestijn (arts UMCU).
- Het programma draagt bij aan de realisatie van programma's van drie andere departementen: Klimaatakkoord (EZK en BZK), Circulaire economie/Maatschappelijk Verantwoord Inkopen (IenW en EZK) en het voorkomen van wateroppervlaktevervuiling door medicijnresten (I&W).
- Vanuit het programma worden middelen ter beschikking gesteld voor onderzoek, pilots bij zorginstellingen, communicatie zoals een website [www.vergroendezorg.nl](http://www.vergroendezorg.nl), congres, webinars en nieuwsbrief. Met collega departementen worden contacten onderhouden om de belangen van de zorg te behartigen en internationaal worden ontwikkeling gevolgd en gedeeld.

## 6 Amendementen

Tussenstand amendementen (27 oktober 2021 16:00)

### Samenvatting

Nr.	BWP	Indiener	Onderwerp	Oordeel	Appreciatie
<i>Reeds ingediend bij de ontwerpbegroting 2022</i>					
35 925 nr. 8	VWS	Ellemeet (GL)	Anticonceptie kosteloos beschikbaar  € 60 mln	Ontraden	Vangnet beschikbaar voor specifieke doelgroepen. Nieuw kabinet.
35 925 nr. 11	VWS	Omtzigt	Verlaging apparaatsbudget van de directie Communicatie  € 500.000	Ontraden	AFB ontraden (rijksbreed) en vanuit belang open overheid communicatie over overheidshandelen juist van belang.
35 925 nr. 16	VWS	Ellemeet (GL)	Arbeidsmarkt (herstel en zeggenschap zorgprofessionals)  € 10 mln	Oordeel kamer	Dekking amendement wordt gevonden in een herprioritering van gelden uit artikel 4.
35 925 nr. 18	VWS	Ellemeet (GL)	Euthanasie  € 750.000	Ontraden	Geen dekking binnen artikel 1 (COVID middelen)
35 925 nr. 19	STAS	Van Esch (PvdD)	Intensivering aanpak Gezonde School  € 3,35 mln	Ontraden	Geen dekking binnen artikel 1 (COVID middelen), nieuw kabinet.
35 925 nr. 20	STAS	Westerveld (GL)	35 extra gz-psychologen  € 2,5 mln	Ontraden	Het aantal opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen kan niet met een amendement worden verhoogt, omdat deze worden bekostigd met premie-gefinancierde middelen. Volgen reeds het advies van het Capaciteitsorgaan.
35 925 nr. 21	VWS	Van der Staaij (SGP)	Herstel en versterking van de publieke gezondheidszorg (infectieziektebestrijding)  € 75 mln	Ontraden	Wordt nu gewerkt aan versterkingsopgave (beleidsagenda eind van het jaar), niet vooruitlopend hierop reeds middelen. Dekking testcapaciteit die cf. prognose RIVM nodig is in 2022.
35-925-nr.-22	STAS	Westerveld (GL)	Extra-subsidierruimte	Oordeel-kamer	We kunnen instemmen met het-

			gereserveerd voor laagdrempelige anonieme mentale hulp. € 500.000		dekkingsvoorstel.
35 295 nr. 23	VWS	Kuzu (denk)	Acute mondzorg € 100 mln	Ontraden	Geen dekking binnen artikel 1 (COVID middelen).
35 925 nr. 25	STAS	Westerveld (GL)	Verhoging verplichtingen en uitgaven met € 160 mln. aanpak dak en thuisloosheid.	Ontraden	Ontraden (vraagt bredere afstemming), bedrag wordt mogelijk nog bijgesteld.
35 925 nr. 26	VWS	Den Haan (fractie Den Haan)	Respijtzorg € 2 miljoen	PM	PM
35 925 nr. 27	STAS	Westerveld (GL)	Extra ruimte voor laagdrempelige ondersteuning anonieme mentale hulp € 500.000	Oordeel Kamer	Vervanging nu juiste artikel

Nr.	BWP	Indiener	Onderwerp	Oordeel	Appreciatie/opmerking
<i>Conceptvoorstellen</i>					
	VWS	Ellemeet (GL)	Langer thuis € 30 mln	Ontraden	Huidige regeling nog beschikbaar, niet noodzakelijk.
35 925 VVD 01	STAS	Tellegen (VVD)	Valpreventie € 1 mln	Oordeel kamer, na het aanpassen van dekking	Dekking uit niet juridisch verplichte ruimte artikel 1 en 3.
35 925 VVD 02	VWS	Tellegen (VVD)	Palliatieve zorg € 450.000	Oordeel Kamer	Juridisch niet verplichte ruimte artikel 3. Wordt een motie.
35 925 VVD 03	VWS	VVD	Psychosociale hulp (kanker) € 3 mln	PM	Inhoudelijk en budgettair nog afstemming nodig.
35 925 D66 01	VWS	Paulusma (D66)	Long-covid € 500.000	Oordeel kamer	Inhoudelijk akkoord, dekking
35 925 D66 02	VWS	Paulusma (D66)	Medicatieoverdracht € 20 mln	Oordeel kamer	Inhoudelijk wenselijk, dekking is akkoord.
	VWS	Van Esch / PvdA	Intensivering aanpak brede scholen € 1 mln	Oordeel kamer	



## Reeds ingediende amendementen bij de ontwerpbegroting

AMENDEMENT	Anticonceptie
<i>Code</i>	
<i>Indiener</i>	Ellemeet
<i>Dictum</i>	<p style="text-align: center;">TWEEDE KAMER DER STATEN- GENERAAL <span style="float: right; font-size: 2em;">2</span></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI                      Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. 8                                      AMENDEMENT VAN HET LID ELLEMEET C.S. Ontvangen 29 september 2021</p> <p>De ondergetekenden stellen het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>I</p> <p>In artikel 1 Volksgezondheid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 60.000 (x € 1.000).</p> <p>II</p> <p>In artikel 1 Volksgezondheid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 60.000 (x € 1.000).</p> <p>Toelichting</p> <p>Hoewel anticonceptie niet tot medisch noodzakelijke zorg behoort, zijn de indieners van mening dat anticonceptie voor iedereen kosteloos beschikbaar zou moeten zijn, alsmede dat de kosten voor anticonceptie eerlijk verdeeld moeten worden. Middels dit amendement wordt er geld vrijgemaakt voor een subsidieregeling voor anticonceptie, waardoor de kosten die door zorgaanbieders worden gemaakt bij de verstrekking van anticonceptie gedeclareerd kunnen worden bij de overheid.</p> <p>Het is aan de minister van VWS om te bezien hoe deze subsidieregeling precies wordt opgetuigd. Dit kan door zorgaanbieders zelf direct te laten declareren bij het ministerie van VWS of zorgaanbieders kunnen dit declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan dan op zijn beurt weer de kosten declareren bij het ministerie van VWS. Bij voorkeur wordt er gekozen voor de optie die het minst regeldruk teweeg brengt bij de zorgverleners.</p> <p>De dekking voor dit amendement wordt gevonden in de niet juridisch verplichte middelen van artikel 1.</p> <p>Ellemeet Hijink Kuiken</p>
<i>Appreciatie</i>	Ontraden
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	Met het amendement wordt geld vrijgemaakt voor een subsidieregeling van € 60 miljoen, om

anticonceptie kosteloos beschikbaar te kunnen stellen.

Zoals de indieners opmerken, behoort anticonceptie niet tot medisch noodzakelijke zorg. Om zorg nu en in de toekomst betaalbaar te houden, moeten we kritisch kijken naar het collectief financieren van wensen uit de samenleving. Bij anticonceptie is geen sprake van een gezondheidsprobleem. Daar komt bij dat de rechter in een recente rechtszaak, aangespannen door bureau Clara Wichmann, bepaald heeft dat anticonceptie voldoende betaalbaar is en niet door de overheid beschikbaar hoeft te worden gesteld.

Daarnaast zijn er reeds middelen beschikbaar om gericht een tegemoetkoming te verstrekken voor doelgroepen waarbij de kosten voor anticonceptie te hoog zijn.

Zo krijgen gemeenten vanaf 2017 structureel 268 miljoen euro ten behoeve van financieel maatwerk voor hun inwoners in verband met zorgkosten en ondersteuning. Gemeenten kunnen hieruit individuele bijzondere bijstand verlenen en/of een individuele financiële tegemoetkoming. Ook biedt 95% van de gemeenten een gemeentepolis aan met een uitgebreide aanvullende dekking.

Daarnaast wil ik hierbij ook wijzen op het programma 'Nu niet Zwanger', waarbij zorgprofessionals ondersteunen bij het nemen van regie over een kinderwens en – indien er geen kinderwens is – wordt ondersteund bij het realiseren van adequate anticonceptie. Ook voor vrouwen onder de 21 jaar wordt anticonceptie vanuit de Zvw vergoed.

Als laatste is het ook om uitvoeringstechnische redenen niet mogelijk om met ingang van 1 januari 2022 een uitvoerbare subsidieregeling te maken om hierin te voorzien. Wie uitvoerder moet zijn van deze subsidieregeling is niet

	<p>eenduidig. Er zijn vele partijen die het wellicht zouden kunnen doen, maar allemaal met veel haken en ogen qua administratieve lasten en uitvoeringslasten. De uitvoeringslasten lijken heel substantieel te zijn omdat het gaat om veel kleine bedragen waar veel verschillende partijen bij betrokken zijn (huisartsen, apotheken, gebruikers van anticonceptiva). Daarnaast zullen de kosten van de uitvoeringslasten nog bovenop de 60 miljoen komen.</p> <p>Tot slot is er binnen artikel 1 geen € 60 miljoen vrije ruimte beschikbaar. Deze middelen, de niet juridisch verplichte ruimte, is generaal beschikbaar gesteld voor de bestrijding van (de gevolgen van) corona.</p> <p>Dit alles maakt dat ik het amendement moet ontraden.</p>
<i>Commentaar</i>	
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	5.1.2e
	5.1.2e

<b>AMENDEMENT</b>	<b>Communicatie (korting)</b>
<i>Code</i>	
<i>Indiener</i>	Omtzigt
<i>Dictum</i>	<p>TWEEDE KAMER DER STATEN-  <b>2</b>          GENERAAL</p> <hr/> <p>Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI            Vaststelling van de begrotingsstaten van het          Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport          (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. 11                AMENDEMENT VAN HET LID OMTZIGT          Ontvangen 7 oktober 2021</p> <p>De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>In artikel 10 Apparaat Kerndepartement worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 500 (x € 1.000).</p> <p>Toelichting</p> <p>Dit amendement regelt dat er € 500.000 afgaat van de directie Communicatie in verband met de formatiereductie van voorlichters.</p>
<i>Appreciatie</i>	Ontraden
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	<p>Inwoners van Nederland hebben recht op communicatie met en informatie van de Rijksoverheid. Dat past bij het ondersteunen van goed democratisch bestuur, het informeren van de samenleving over het overheidsbeleid en het streven naar meer openheid. Goede overheidscommunicatie is daarvoor onontbeerlijk. Voor een deel gaat voorlichting via het beantwoorden van de vele mediavragen. Maar het gaat natuurlijk om veel meer. Bij de afdeling Communicatie zijn medewerkers die zich bezighouden met het maken van publiekscampagnes (zoals de donorcampagne, coronacampagne), het voorbereiden van werkbezoeken, het schrijven van nieuwsberichten</p>

	<p>en teksten voor rijksoverheid.nl, het schrijven van speeches, het beantwoorden van burgerbrieven en publieksvragen op de sociale media (webcare). En bijvoorbeeld ook met het maken van toegankelijke content voor sociale media zodat ook jongeren die minder gebruik maken van de traditionele kanalen (kranten, tv, radio) kunnen worden geïnformeerd.</p> <p>Ik hecht als minister zeer aan deze inzet. Het amendement van het lid Omtzigt wil ik dan ook ontraden.</p> <p>Dit is ook tijdens de AFB gedaan door mijn collega.</p>
<i>Commentaar</i>	
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	<p>5.1.2e</p> <p>5.1.2e</p> <p>5.1.2e</p>

AMENDEMENT	Arbeidsmarktproblematiek / zeggenschap
Code	
Indiener	Ellemeet
Dictum	<p style="text-align: center;">TWEEDE KAMER DER STATEN- GENERAAL <span style="float: right; font-size: 2em;">2</span></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI                      Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. 16                              GEWIJZIGD AMENDEMENT VAN HET LID ELLEMEET TER VERVANGING VAN DAT GEDRUKT ONDER NR. 9 Ontvangen 25 oktober 2021</p> <p>De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>I</p> <p>In artikel 4 Zorgbreed beleid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 10.000 (x € 1.000).</p> <p>II</p> <p>In artikel 4 Zorgbreed beleid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 10.000 (x € 1.000).</p> <p>Toelichting De intensieve zorg voor corona patiënten, de enorme opgave die er nog ligt van de inhaalzorg en de druk op andere zorgsectoren door de coronacrisis hebben een grote weerslag op zorgprofessionals. Om de zorg nu en in de toekomst goed te kunnen blijven organiseren, moeten zorgverleners zo goed mogelijk kunnen herstellen. Hiertoe is er door verschillende partijen aangegeven dat er een zorgbreed herstelplan moet worden ingezet.</p> <p>Om goed te kunnen herstellen geven zorgprofessionals zelf aan dat zij een aantal dingen nodig hebben. Naast rust/vakantie en een betere werk-privé balans, zijn mogelijkheden voor opleiding, invloed en zeggenschap (over herstel en over de inhaalzorg) en verlaging van de werklust genoemd<sup>7</sup>. Vooral (mede)zeggenschap over herstel, inhaalzorg en mogelijke opschaling is een van de pilaren waarop herstel gebaseerd kan zijn.</p> <p>Met de middelen die met dit amendement worden vrijgemaakt kan op korte termijn effectief werk worden gemaakt van het ontwikkelen en uitvoeren van plannen ter bevordering van het herstel van zorgprofessionals, waarbij (mede)zeggenschap over het herstel zorgbreed, de inhaalzorg en de mogelijke opschaling van zorg een essentieel onderdeel is.</p> <p>De dekking van dit amendement dient te worden gevonden door een herprioritering van de gelden binnen artikel 4.</p> <p>Ellemeet</p>

<sup>7</sup><https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/08/30/herstelplan-voor-de-zorg> (pagina 9).

<i>Appreciatie</i>	Oordeel Kamer
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	<p>Zorgprofessionals hebben de afgelopen anderhalf jaar een buitengewone prestatie geleverd. Zorgprofessionals hebben dag en nacht gewerkt om goede zorg te bieden, onder soms moeilijke omstandigheden. Daar heb ik grote waardering voor.</p> <p>Na deze zware periode zijn ze toe aan rust om te herstellen van deze ingrijpende fysieke en mentale inspanningen.</p> <p>Het is belangrijk dat daar gehoor aan wordt gegeven en dat ze die tijd krijgen.</p> <p>Vanwege de toenemende zorgvraag is het immers essentieel dat zij ook in de toekomst nog steeds in de zorg kunnen en willen blijven werken.</p> <p>Bij herstel, inhaalzorg en bij een eventuele IC-opstapeling is het ook cruciaal dat de zorgprofessionals hierover kunnen meepraten. Zij kennen de werkvloer en weten vaak zeer goed hoe deze uitdagingen dienen te worden opgepakt. De dekking van het amendement wordt gevonden in een herprioritering van gelden uit artikel 4. Dat betekent dat andere nog niet aangegane verplichtingen, niet, later of in aangepaste vorm zullen doorgaan. Gegeven het belang acht ik het noodzakelijk om dit amendement oordeel kamer te geven.</p>
<i>Commentaar</i>	
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	5.1.2e
	5.1.2e

<b>AMENDEMENT</b>	Euthanasie
<i>Code</i>	
<i>Indiener</i>	Ellemeet
<i>Dictum</i>	<p>TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL</p> <hr/> <p>Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/>

	<p>35 925 XVI</p> <p>Nr. 18</p> <p>De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>I</p> <p>In artikel 1 Volksgezondheid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 750 (x € 1.000).</p> <p>II</p> <p>In artikel 1 Volksgezondheid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 750 (x € 1.000).</p> <p>Toelichting</p> <p>Mensen met een complex verzoek tot euthanasie, zoals bij mensen met een psychiatrische aandoening, moeten vaak lang wachten totdat deze verzoeken worden ingewilligd. Vaak voelen zorgverleners zich niet bekwaam, waardoor deze mensen op de wachtlijst komen bij het Expertisecentrum Euthanasie. Een wachtlijst die inmiddels op kan lopen tot twee jaar.</p> <p>Het is uitermate belangrijk om deze verzoeken van mensen met psychische problematiek serieus te nemen. In veruit de meeste van de gevallen leidt een verzoek tot euthanasie namelijk niet tot daadwerkelijke euthanasie, maar worden er nieuwe behandelmogelijkheden gevonden. Maar om daar te komen, moet het verzoek wel in behandeling worden genomen. Doordat mensen nu twee jaar op de wachtlijst staan, heeft dat in enkele gevallen zelfs zelfdoding tot gevolg.</p> <p>In de gevallen dat het leven wel wordt beoordeeld als ondraaglijk en uitzichtloos, moet deze groep net als andere personen die ondraaglijk en uitzichtloos lijden de mogelijkheid krijgen om het leven op een waardige manier te beëindigen. Het kan niet zo zijn dat mensen, als ze ondraaglijk en uitzichtloos lijden, nog twee jaar extra ondraaglijk en uitzichtloos moeten lijden voordat ze over kunnen gaan tot euthanasie.</p> <p>Met dit amendement wordt geld vrijgemaakt voor organisaties die zich inzetten voor scholing van psychiaters, extra onderzoek en organisaties die psychiaters ondersteunen bij euthanasie. Allemaal tot doel om de kennis en kunde bij zorgverleners te vergroten, waardoor er meer verzoeken in behandeling kunnen worden genomen en wachtlijsten afnemen.</p> <p>De dekking voor dit amendement wordt gevonden in de niet-juridisch verplichte middelen onder Artikel 1.</p> <p>Ellem eet</p>	<p>Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>AMENDEMENT VAN HET LID ELLEMEET Ontvangen 25 oktober 2021</p>
<p><i>Appreciatie</i></p>	<p>Ontraden</p>	
<p><i>Toelichting bij appreciatie</i></p>	<p>Het is schrijnend dat mensen met een psychische aandoening die een euthanasieverzoek doen lang moeten wachten totdat hun verzoek door het Expertisecentrum Euthanasie (EE) in behandeling wordt genomen. Dit wordt onder meer veroorzaakt door een tekort aan psychiaters die bereid en beschikbaar zijn om euthanasieverzoeken in behandeling te nemen.</p>	

	<p>Daarom wordt, in gesprek met psychiaters van verschillende ggz-organisaties die welwillend staan tegenover euthanasietrajecten, het Expertisecentrum Euthanasie, de beroepsorganisatie Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) en de Nederlandse GGZ gezamenlijk gekeken naar manieren om tijdige en passende zorg voor patiënten met een euthanasieverzoek beter te verdelen en te regelen.</p> <p>Hierbij wordt ingezet op versterking van kennis en expertise van psychiaters, onder andere door een goede implementatie van de NVVP-richtlijn voor euthanasie bij psychiatrie. Daarnaast wordt samenwerking gezocht met andere ggz-organisaties die openstaan voor het in behandeling nemen van euthanasieverzoeken. Het is dan vooral aan de ggz-sector en de beroepsgroep zelf om deze beweging in gang te zetten, waarbij het Expertisecentrum Euthanasie kan ondersteunen en het ministerie van VWS kan faciliteren.</p> <p>Er is op dit moment binnen artikel 1 geen dekking voor dit amendement. Er is voorgesteld om deze uit de niet juridisch verplichte ruimte op artikel 1 te halen, maar die middelen zijn nodig voor de bestrijding van (de gevolgen van) COVID-19. Dit betreft onder andere opschaling van IC-bedden, aankoop vaccins, coördinatietaken van de GGD-GHOR voor het Klantcontactcenter én het bron- en contact onderzoek en vergoeding meerkosten GGD'en en Veiligheidsregio's. Deze middelen zijn generaal beschikbaar gesteld en kunnen niet zonder meer voor andere doeleinden worden ingezet.</p> <p>Dit alles maakt dat ik dit amendement moet ontraden.</p>
<i>Commentaar</i>	
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	5.1.2e, 5.1.2e

AMENDEMENT	Infectieziektebestrijding
Code	
Indiener	Van der Staaij
Dictum	<p>TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL</p> <hr/> <p>Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI                      Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksg Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. 21                              AMENDEMENT VAN HET LID VAN DER STAAIJ Ontvangen 26 oktober 2021</p> <p>De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>I</p> <p>In artikel 1 Volksgezondheid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 75.000 (x € 1.000).</p> <p>II</p> <p>In artikel 1 Volksgezondheid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 75.000 (x € 1.000).</p> <p>Toelichting</p> <p>Dit amendement beoogt een investering in het herstel en versterking van de publieke gezondheidszorg. Een robuuste publieke gezondheidssector is van belang om adequaat te kunnen reageren op de uitbraak van een epidemie of pandemie. De coronacrisis bracht aan het licht dat de basis van de publieke gezondheidszorg in Nederland verschaald is. Er is een tekort aan mensen, middelen en voorzieningen. Om voorbereid te zijn op de toekomst is het van belang de publieke gezondheidszorg structureel te versterken. Met dit amendement wordt daartoe een eerste stap gezet.</p> <p>Met dit amendement wordt in 2022 75 miljoen euro uitgetrokken voor versterking van de infectieziektebestrijding door de publieke gezondheidssector. Met dit bedrag kan een verdubbeling van de basiscapaciteit worden gerealiseerd tot 565 fte (artsen, verpleegkundigen, deskundigen infectieziektebestrijding, beleidsadviseurs, epidemiologen, data-analisten en gedragswetenschappers). Het bedrag zal voor een deel worden besteed aan de opleiding van het nieuwe personeel. Op dit moment ontbreekt het aan voldoende middelen bij de GGD'en om te investeren in opleidingsplekken voor AIOS. Dat zorgt ervoor dat er minder opleidingsplekken zijn bij GGD'en dan gewenst. Tenslotte kan met dit bedrag een jaarlijkse crisisopleiding worden gefinancierd voor</p>

	<p>GGD-medewerkers die normaal gesproken niet bij infectieziektebestrijding betrokken zijn. Hierdoor wordt een flexibele schil gecreëerd om voorbereid te zijn op de uitbraak van een nieuwe epidemie.</p> <p>Het amendement staat overigens los van de vergoeding van de meerkosten van de GGD'en voor de bestrijding van covid-19.</p> <p>Dekking voor dit amendement wordt gevonden in vermindering (met ongeveer 10 procent) van het bedrag dat voor 2022 is gereserveerd om contracten te sluiten voor PCR-testen, zelftesten of antigeen testkits. Besluitvorming over de dekking voor de periode na 2022 wordt overgelaten aan het nieuwe kabinet.</p> <p>Van der Staaij</p>
<i>Appreciatie</i>	Ontraden
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	<p>Ik ben zeker van plan om de infectieziektebestrijding door (onder meer) de GGD te versterken.</p> <p>In mijn stand van zakenbrief COVID-19 van 18 juni jl. heb ik aangegeven dat ik toewerk naar een beleidsagenda voor het verbeteren van de paraatheid en het vergroten van het aanpassingsvermogen om in de toekomst verschillende crisis aan te kunnen.</p> <p>Kernonderwerpen hierbij zijn versterking van de publieke gezondheid, met name van infectieziektebestrijding, opschaalbare zorg, snelle toegang hulpmiddelen en geneesmiddelen en inzet op kennis en innovatie.</p> <p>Het versterken van de GGD'en en de infectieziektebestrijding vormt daarmee dus een belangrijk onderdeel van deze beleidsagenda.</p> <p>De brief waarin de eerste beleidslijnen worden beschreven om de pandemische paraatheid van Nederland te versterken zal ik eind van het jaar aan uw Kamer verstrekken.</p> <p>Toch moet ik dit amendement ontraden omdat: U de dekking zoekt bij PCR testen en antigeentesten. Deze blijven ook in 2022 noodzakelijk. Dit bedrag voor testen is gebaseerd op rijk prognoses, we voorzien daar nu geen onderuitputting.</p> <p>Bovendien worden met uw voorstel de structurele kosten van een structurele versterking, slechts</p>

	incidenteel gedekt.
<i>Commentaar</i>	
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	5.1.2e 5.1.2e

<b>AMENDEMENT</b>	<b>Mondzorg</b>
<i>Code</i>	
<i>Indiener</i>	Kuzu (Denk)
<i>Dictum</i>	<p>TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL</p> <hr/> <p>Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI                      Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksg Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. 23                              AMENDEMENT VAN HET LID KUZU Ontvangen 27 oktober 2021</p> <p>De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>I</p> <p>In artikel 1 Volksgezondheid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 100.000 (x € 1.000).</p> <p>II</p> <p>In artikel 2 Curatieve zorg worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 100.000 (x € 1.000).</p> <p>Toelichting</p> <p>Dit amendement stelt voor 2022 een bijdrage van 100 miljoen euro beschikbaar ten behoeve van mensen die acute gebitsproblemen hebben en de financiële zorgverzekeringsmiddelen missen om mondzorg te bekostigen. De investeringsmiddelen zijn bestemd voor het direct behandelen van pijnklachten, extractie van kiezen, wortelkanaalbehandeling, het aanbrengen van protheses ter bevordering van het nuttigen van voedsel en andere urgente en snel op te lossen problemen aan het gebit. Dit zorgt ervoor dat directe mondzorg problematieken worden weggenomen in schrijnende gevallen, waardoor productiviteit en arbeidsparticipatie van de betreffende personen kan toenemen. Indiener stelt zich voor dat de genoemde bijdrage via een overheidsfonds wordt geregeld. Dekking wordt gevonden in de niet-juridische verplichte uitgaven van artikel 1 Volksgezondheid.</p> <p>Kuzu</p>
<i>Appreciatie</i>	Oordeel kamer
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	Ik wil mij ervoor inzetten dat wordt voorkómen dat mensen acute mondzorg nodig hebben. Dat begint bij preventieve en reguliere mondzorg, waardoor kleinere gebitsproblemen niet

<i>Commentaar</i>	<p>uitmonden in acute problemen. Gelet hierop, ben ik in gesprek met het ministerie van Sociale Zaken, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, zorgverzekeraars en de beroepsgroep, om meer inzicht te krijgen in de problematiek en te zorgen voor meer mogelijkheden voor lokaal (financieel) maatwerk. Beroepsgroepen kunnen daarbij aangeven wat noodzakelijke zorg is. Dit acht ik de meest passende manier om te voorkomen dat mensen mondgezondheidsproblemen krijgen doordat zij om financiële redenen niet naar de tandarts gaan. Momenteel is nog niet gebleken dat een gebrek aan middelen deze aanpak in de weg staat en wat de meest geëigende weg zou zijn om extra middelen in te zetten. Bovendien is vanaf 2017 via het Gemeentefonds structureel € 268 miljoen euro beschikbaar gesteld aan gemeenten ten behoeve van financieel maatwerk voor inwoners in verband met zorgkosten. Voor wat betreft de in het voorliggende amendement voorgestelde dekking uit artikel 1 geldt dat weliswaar nog niet alle middelen juridisch verplicht zijn, maar er wel bestuurlijke afspraken aan ten grondslag liggen. De niet-verplichte uitgaven op artikel 1 betreffen middelen die vanuit de algemene middelen beschikbaar zijn gesteld voor specifiek de bestrijding van (de gevolgen van) COVID-19. Dit betreft onder andere de opschaling van IC-bedden, de aankoop van vaccins, coördinatietaken van de GGD-GHOR voor het Klantcontactcenter en het bron- en contactonderzoek, en vergoeding meerkosten GGD'en en Veiligheidsregio's. In het licht van het voorgaande ontraad ik dit amendement.</p>
-------------------	---

<i>(naam + tel)</i>	
---------------------	--

AMENDEMENT	RESPIJTZORG
<i>Code</i>	
<i>Indiener</i>	Den Haan
<i>Dictum</i>	
TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL	
Vergaderjaar 2021-2022	
35 925 XVI	Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022
Nr. 26	AMENDEMENT VAN HET LID DEN HAAN Ontvangen 27 oktober 2021
De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:	
De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:	
I	
In artikel 1 Volksgezondheid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 2.000 (x € 1.000).	
II	
In artikel 3 Langdurige zorg en ondersteuning worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 2.000 (x € 1.000).	
Toelichting	
<p>Bijna vijf miljoen Nederlanders zijn mantelzorger. Zij nemen 70 procent van de zorg op zich die thuis wordt gegeven. Ecorys berekende in 2021 dat de economische waarde van mantelzorg 22 miljard euro bedraagt. De vervangingswaarde van mantelzorgers door professionals is zelfs 70% tot 100% hoger. Mantelzorgers zijn van enorme waarde, maar de druk op mantelzorgers is groot. Door het oplopende tekort aan zorgpersoneel en de toenemende vergrijzing zal die druk op mantelzorgers alleen maar toenemen. Goede ondersteuning van mantelzorgers is dan ook noodzakelijk en lonend.</p>	
<p>Eén van de manieren om mantelzorgers goed te ondersteunen is respijtzorg. Begin 2020 heeft de aanjager respijtzorg <a href="#">5.1.2e</a> haar rapport aangeboden aan de Minister van VWS met aanbevelingen om respijtzorg lokaal beter beschikbaar te maken en beter te laten aansluiten aan de behoeftes van mantelzorgers.<sup>8</sup> Bijna 2 jaar later is nog onvoldoende gekeken hoe haar aanbevelingen structureel kunnen worden geïmplementeerd.</p>	
<p>In het akkoord 'Samen Sterk voor Mantelzorg' zijn afspraken gemaakt met betrokken partijen om respijtzorg voor mantelzorgers beschikbaar te maken. Die afspraken worden in de praktijk onvoldoende opgepakt. Met dit amendement wil indiener incidenteel € 2 miljoen vrijmaken, zodat gedurende twee jaar regionale respijtaanjagers kunnen worden ingezet om al die betrokken partijen in de regio's aan tafel te krijgen en om de inzichten en de beweging die de landelijke respijtaanjager <a href="#">5.1.2e</a> in gang heeft gezet op te volgen. Mocht het budget in 2022 niet geheel worden uitgegeven, dan is het de bedoeling dat het restbedrag hiervoor beschikbaar blijft en wordt meegenomen naar 2023. Dekking voor dit amendement wordt gevonden in de niet-juridisch verplichte uitgaven van artikel 1 Volksgezondheid.</p>	

<sup>8</sup> Rapport 'aanjager respijtzorg', bijlage bij *Kamerstukken II* 2019/20, 30169, nr. 72.

	Den Haan
<i>Appreciatie</i>	Oordeel kamer
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	PM
<i>Commentaar</i>	
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	

<b>AMENDEMENT</b>	Extra subsidieruimte laagdrempelige anonieme mentale ondersteuning (vervangt eerder amendement)
<i>Code</i>	
<i>Indiener</i>	Westerveld (GL)
<i>Dictum</i>	<p style="text-align: center;"><b>TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI                      Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. 27                              GEWIJZIGD AMENDEMENT VAN HET LID WESTERVELD TEGENOVER DE VERVANGING VAN DAT GEDRUKT ONDER NR. 22 Ontvangen 27 oktober 2021</p> <p>De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>I</p> <p>In artikel 3 Langdurige zorg en ondersteuning worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 500 (x € 1.000).</p> <p>II</p> <p>In artikel 4 Zorgbreed beleid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 500 (x € 1.000).</p> <p>Toelichting</p> <p>Dit amendement regelt dat er € 500.000 extra aan subsidieruimte wordt gereserveerd voor laagdrempelige anonieme mentale hulp op afstand. Indiener is van mening dat deze vorm van mentale hulp van groot belang is nu de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg voor velen erg lang zijn. Indiener begrijpt dat de laatste tijd ook steeds meer vraag is naar deze vorm van hulp op afstand, zowel via de telefoon als online.</p> <p>De dekking wordt gevonden in de niet-juridisch verplichte middelen van artikel 4 Zorgbreed beleid.</p> <p>Westerveld</p>
<i>Appreciatie</i>	Oordeel kamer
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	PM
<i>Commentaar</i>	
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	

## Conceptvoorstellen

AMENDEMENT	Palliatieve zorg - komt waarschijnlijk te vervallen (MOTIE)
Code	
Indiener	
Dictum	<p>TWEDE KAMER DER STATEN-  <b>2</b>  <b>GENERAAL</b></p> <hr/> <p>Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI                      Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. VVD-02                      AMENDEMENT VAN HET LID TELLEGEN  Ontvangen [Datum]</p> <p>De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>I</p> <p>In artikel 3 Langdurige zorg en ondersteuning worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 450 (x € 1.000).</p> <p>II</p> <p>In artikel 3 Langdurige zorg en ondersteuning worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 450 (x € 1.000).</p> <p>Toelichting</p> <p>Goede palliatieve en levenseindezorg is van groot belang. Op dit moment is deze wezenlijke vorm van zorg in Nederland nog veel te versnipperd georganiseerd. Doel is dus om deze vorm zorg op de kaart te zetten en te verbeteren. Dat vergt allereerst bewustwording bij zowel de zorgprofessionals als in de maatschappij. Goede palliatieve en levenseinde zorg vereist acceptatie van de zorgprofessionals dat niet alle patiënten beter kunnen worden én het besef in de maatschappij dat ieder mens uiteindelijk terecht komt in die laatste levensfase. En dat als iemand wensen heeft ten aanzien van die laatste levensfase, je daar vroegtijdig en zo vaak als nodig een gesprek over moet voeren. Met je naasten en familie. Maar ook met de huisarts of andere zorgprofessional. Veel mensen schuiven dit gesprek voor zich uit. Realiseren zich niet voldoende genoeg dat als zij in de laatste levensfase nog regie willen voeren, ze hier dan vroegtijdig over na moeten denken.</p> <p>Met dit amendement wordt er financiering vrijgemaakt voor een actieve landelijke publiekscampagne door de overheid die gericht is op bewustwording en het bespreekbaar maken van de wensen in de laatste levensfase. Het doel van de publiekscampagne moet zijn dat mensen zich tijdig voorbereiden op het ouder en kwetsbaar worden inclusief het levenseinde. Dat kan dus al zijn voordat er daadwerkelijk van een zorg- of hulpbehoefte sprake is. Sterker, tijdig nadenken en spreken over alle wensen rondom het levenseinde (Advanced Care Planning) is het begin van goede palliatieve zorg en levenseindezorg en kan veel meer omvatten dan (medische) zorg. Bovendien kan het levenseindegesprek ook worden gevoerd door andere hulpverleners zoals geestelijk verzorgers of maatschappelijk werkers.</p> <p>Naast de publiekscampagne is het belangrijk dat er op een centrale plek goed vindbare publieksinformatie over alle vraagstukken rondom het levenseinde komt. Dit alles moet worden opgezet met de belangrijkste stakeholders uit het veld op het gebied van palliatieve en</p>

	levenseindezorg. Tellegen
<i>Appreciatie</i>	Oordeel Kamer
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	<p>Ik onderschrijf het belang van goede palliatieve zorg en levenseindezorg. We begrijpen de wens en behoefte. En er gebeurt in dat kader ook al een en ander.</p> <p>Om versnippering in de palliatieve zorg aan te pakken is de coöperatie Palliatieve zorg Nederland opgericht en om de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren is het Nationaal Programma Palliatieve zorg ontwikkeld. Patiënten en hun naasten moeten kunnen kiezen welke zorg en ondersteuning zij willen in de laatste fase van hun leven en de continuïteit van zorg moet worden gewaarborgd.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg wordt verlengd (NPPZ II) met een looptijd naar 2026.</li> <li>• De regie voor de uitvoering van het programma komt in handen te liggen van de coöperatie PZNL</li> <li>• Het NPPZ II dient nog nader te worden vastgesteld en wordt een integraal implementatieprogramma om proactieve zorg &amp; ondersteuning overal voor iedereen te realiseren.</li> </ul> <p>Enkele mogelijke activiteiten binnen het NPPZ II zijn:</p> <p>Implementatie van proactieve zorg en ondersteuning</p> <p>Landelijke bewustwordingscampagne met stakeholders organiseren langs maatschappelijke thema's voor verschillende doelgroepen</p> <p>Recent heeft VWS (in 2019) een publiekscampagne gehouden i.s.m. betrokken veldpartijen, doel van deze campagne was</p>

	<p>bewustwording creëren bij burgers en patiënten van het belang van tijdige aandacht voor mogelijkheden van palliatieve zorg. De campagne heeft geresulteerd in de website <a href="http://www.overpalliatievezorg.nl">www.overpalliatievezorg.nl</a> (zie ook palliaweb.nl)</p> <p>Op 9 oktober 2021, de dag van de Palliatieve zorg is de vernieuwde website voor publieksinformatie gelanceerd. <a href="http://www.overpalliatievezorg.nl">www.overpalliatievezorg.nl</a>.</p> <p>De site heeft momenteel ongeveer 4000 nieuwe bezoekers per week. Het is ontwikkeld samen met patiëntenorganisaties.</p>
<i>Commentaar</i>	
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	

AMENDEMENT	Kanker (psychosociale zorg)
Code	
Indiener	VVD
Dictum	<p style="text-align: center;">TWEEDE KAMER DER STATEN-            GENERAAL <span style="float: right; font-size: 2em;">2</span></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI                      Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. VVD-01                      AMENDEMENT VAN HET LID TELLEGEN            Ontvangen [Datum]</p> <p>De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:</p> <p>Amendement Psychosociale zorg</p> <p>In artikel ... wordt het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 3.000 (x € 1.000)</p> <p>In artikel ... wordt het verplichtingenbedrag en uitgavenbedrag verlaagd met €3.000 (x € 1.000)</p> <p>Toelichting            Dit amendement regelt dat er €3 mln. vrijkomt voor psychosociale zorg bij kanker. De diagnose kanker is zeer ingrijpend. De gevolgen van de behandeling kunnen veel invloed hebben op het dagelijks leven, op emotioneel, maar ook op praktisch vlak, met betrekking tot werk, studie, of sociale contacten. Het is van belang dat patiënten hun problemen met een professional kunnen bespreken en adequate hulp krijgen als ze dat wensen. Psychosociale zorg biedt zorg aan mensen die leven met kanker, of die kanker hebben gehad, op velerlei vlakken. In de praktijk kunnen mensen met en na kanker gebruik maken van informele zorg, bijvoorbeeld via inloophuizen. De doelgroep groeit tot 2030 naar 1 miljoen mensen in Nederland. Het is zaak om deze informele zorg landelijk te professionaliseren en beter aan te laten sluiten op de formele zorg. Hierdoor zijn aanzienlijke zorgkosten te beperken. De overheid en maatschappelijke partners kunnen hierbij de handen ineen slaan. Hiervoor willen we €3 mln. reserveren.</p>

<i>Appreciatie</i>	Oordeel Kamer
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	<p>Het versterken van de verbinding tussen formele en informele zorg is een belangrijk vraagstuk. Op meerdere terreinen wordt dan ook inzet gepleegd om formele en informele zorg goed op elkaar te laten aansluiten. Dit betreft álle informele zorg, en niet alleen (specifiek) voor kankerpatiënten. Binnen actielijn twee van het programma Langer Thuis (mantelzorgers en vrijwilligers in zorg en welzijn) is een van de doelen om de samenwerking tussen formele en informele zorg te versterken.</p> <p>Hier is bijvoorbeeld in het programma Samen Ouder Worden specifiek aandacht voor. Vanuit de landelijke aanpak Samen sterk voor mantelzorg is aandacht voor alle mantelzorgers, waaronder diegenen die een naaste met kanker ondersteunen. Ook in deze aanpak is het verbinden en stimuleren van de samenwerking tussen formele en informele zorg een belangrijke pijler.</p> <p>Bij het aantreden van het huidige kabinet is een extra intensivering beschikbaar gesteld voor mantelzorgondersteuning en dagbesteding. Aanvullend daarop is tijdens de begrotingsbehandeling van VWS van de begroting van 2021 een amendement ingediend waarmee 10 miljoen euro extra is vrij is gemaakt voor de verdere ondersteuning van alle mantelzorgers (en mensen met dementie) in Nederland.</p> <p>Verder stimuleert VWS de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale fase via de regeling Palliatieve Terminale Zorg en Geestelijke Verzorging Thuis. Deze subsidieregeling is onlangs verlengd met vijf jaar tot 2027.</p> <p>VWS ondersteunt daarnaast VPTZ, de koepel van organisaties die vrijwilligers inzetten in de palliatieve zorg met een instellingssubsidie. Tot de speerpunten van het beleid van de VPTZ</p>

	<p>behoren kwaliteit en deskundigheidsbevordering, naams- en dienstbekendheid, netwerken en samenwerken. Vrijwilligers worden getraind en werken in de praktijk nauw samen met formele zorgverleners.</p> <p>Hoewel zowel gemeenten als VWS stevig inzetten op een betere verbinding tussen informele en formele zorg, is verdere verbetering in de praktijk gewenst. Indien deze middelen beschikbaar komen, kan in overleg met relevante veldpartijen, zoals IPSO, bekeken worden welke maatregelen het meest effectief zijn om de verbinding tussen informele en formele zorg verder te versterken, in aanvulling op wat er al loopt.</p> <p>Oordeel kamer.</p>
<i>Commentaar</i>	
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	

<b>AMENDEMENT</b>	<b>LONG COVID</b>
<i>Indiener(s)</i>	Paulusma
<i>BWP + kolom/directie</i>	De Jonge – DGCZ/PZo
<i>Dictum</i>	<p>TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL 2</p> <p>Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. D66-01 AMENDEMENT VAN HET LID PAULUSMA. Ontvangen xxx</p> <p>De ondergetekenden stellen het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>I</p> <p>In artikel 4 Zorgbreed beleid worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verhoogd met € 500 (x € 1.000).</p> <p>II</p> <p>In artikel 2 Curatieve zorg worden het verplichtingenbedrag en het uitgavenbedrag verlaagd met € 500 (x € 1.000).</p> <p>Toelichting</p> <p>Met dit amendement wordt er een extra subsidiebudget vrijgemaakt voor lotgenotencontact voor mensen die te kampen hebben met Long COVID. Artikel 4.1 (Positie cliënt en transparantie van zorg) wordt met € 500.000 euro verhoogd. Dekking wordt gevonden binnen de juridische vrije ruimte binnen beleidsartikel 2 (Curatieve Zorg). Het gaat hierbij om € 250.000 voor het jaar 2022 en om € 250.000 voor het jaar 2023. Het betreft hiermee een incidentele uitgave.</p> <p>Lotgenotencontact voor Long COVID is op dit moment zeer gefragmenteerd georganiseerd, men kan momenteel op veel verschillende plekken terecht. Gezien de omvang van het aantal mensen dat te kampen heeft of te maken krijgt met Long COVID is het volgens indiener verstandiger om een georganiseerde plek te hebben die professioneel wordt ondersteund met eenduidige en betrouwbare informatie voor patiënten. Om dit professioneel te organiseren is tijdelijk extra budget nodig en kan naast uitgebreide basisvoorzieningen, zoals in enige mate te vinden is op <a href="http://www.coronaplein.nu">www.coronaplein.nu</a>, er toegewerkt worden naar fysieke bijeenkomsten zodat mensen met hulpvragen ook via lotgenotencontact geholpen kunnen worden.</p> <p>De dekking voor dit amendement wordt gevonden in de niet juridisch verplichte middelen van artikel 2.</p> <p>Paulusma</p>
<i>Appreciatie</i>	Oordeel Kamer
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	Er is reeds overleg met het Longfonds en andere patiëntenorganisaties over extra financiële ondersteuning van:

	<p>het verbreden van coronaplein naar de brede doelgroep klachten van long covid en het organiseren van (fysiek) lotgenoten contact voor long covid patiënten.</p> <p>Hierbij wordt rekening gehouden met de moeilijk bereikbare doelgroep, zoals de lage SES-groep en personen met digibetisme.</p> <p>Dit amendement ondersteunt deze lijn en kan bijdragen aan de opdracht die ik zie om patiënten met long covid de juiste ondersteuning te bieden. Ik laat het oordeel dan ook aan uw Kamer.</p>
<i>Contactpersoon beleid (naam + tel)</i>	5.1.2e

AMENDEMENT	Medicatie-overdracht
Code	Paulusma (D66)
Indiener	
Dictum	<p>TWEEDE KAMER DER STATEN-  <b>2</b>          GENERAAL</p> <hr/> <p>Vergaderjaar 2021-2022</p> <hr/> <p>35 925 XVI            Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2022</p> <p>Nr. D66-02            AMENDEMENT VAN HET LID Paulusma.  <b>Ontvangen # oktober 2021</b></p> <p>De ondergetekenden stellen het volgende amendement voor:</p> <p>De departementale begrotingsstaat wordt als volgt gewijzigd:</p> <p>I</p> <p>In artikel 2 worden het verplichtingenbedrag verhoogd met €20.000 (x €1.000) en het uitgavenbedrag met € 9.000 (x € 1.000).</p> <p>II</p> <p>In artikel 2 worden het verplichtingenbedrag met €20.000 (x €1.000) en het uitgavenbedrag met € 9.000 verlaagd (x € 1.000).</p> <p>Toelichting</p> <p>Met dit amendement wordt er een extra subsidiebudget vrijgemaakt voor de kickstart van het programma Medicatieoverdracht. Op artikelonderdeel 2.1 (Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg) wordt het verplichtingenbedrag met €20.000.000 verhoogd. Dekking wordt gevonden binnen hetzelfde beleidsartikel 2 (Curatieve Zorg). Het gaat hierbij om ka €9.000.000 voor het jaar 2022, €6.000.000 voor het jaar 2023 en € 5.000.000 in 2024. Het betreft hiermee een incidentele uitgave.</p> <p>Het programma medicatieoverdracht draagt bij aan veilig medicatiegebruik, kwaliteit van zorg en transparantie. Het programma bevordert elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Verder voorkomt zorgvuldige medicatieoverdracht onnodige medicatiefouten en daarmee 27.000 ziekenhuisopnamen per jaar. Hier zijn niet alleen patiënten mee geholpen maar het bespaart ook veel onnodig extra zorgkosten.</p> <p>De dekking voor 2022 van €9.000.000 wordt gevonden in de juridisch vrije ruimte van artikel 2. De bedragen in 2023 en 2024 worden gedekt uit de regeling VIPP Farmacie.</p> <p>Paulusma</p>

<i>Appreciatie</i>	Oordeel Kamer	
<i>Toelichting bij appreciatie</i>	<p><i>Inhoudelijke appreciatie:</i> Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg draagt bij aan een toekomstvast zorgstelsel. De overdracht van medicatiegegevens tussen zorgverleners in de zorgketen, Medicatieoverdracht, is een cruciaal onderdeel hierbij. Met als doel om een grote medicatieveiligheid en een efficiëntere manier van werken te bereiken.</p> <p>Bij Medicatieoverdracht gaat het erom dat alle partijen in de zorgketen (voorschrijver-apotheek-toediener-patiënt) inzage krijgen in een actueel digitaal medicatieoverzicht. Het ontbreken van een actueel en volledig medicatieoverzicht draagt nu bij aan jaarlijks meer dan 27.000 vermijdbare ziekenhuisopnames en meer dan 1000 vermijdbare overlijdens.</p> <p>De implementatie van Medicatieoverdracht is complex en een voorbereidende praktijkstudie, onder de naam Kickstart, naar de samenhang van de verschillende implementatieopgaven is onontbeerlijk. Gezien het grote belang voor de medicatieveiligheid is een spoedige start van de Kickstart gewenst.</p> <p>Ik laat het oordeel van dit amendement bij uw Kamer.</p>	
<i>Commentaar</i>		
<i>Medewerker (naam + tel)</i>	5.1.2e	5.1.2e