

Vergaderjaar 2019–2020

35 450 XVI

Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2020 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota)

Nr. 3

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 17 juni 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van dit voorstel van wet, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen met de daarop gegeven antwoorden.

De vragen zijn op 3 juni 2020 voorgelegd aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 16 juni 2020 zijn ze door de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische Zorg en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

Met de vaststelling van het verslag acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Krijger

Vraag 1

Kunt u de volgende passage op pagina 18 van de Voorjaarsnota 2020¹ uitleggen: «Ter dekking van problematiek op de VWS-begroting wordt, vooruitlopend op de jaarlijkse onderuitputting, reeds een korting verwerkt op diverse beleidsartikelen. Daarmee wordt beoogd om gedurende het jaar minder onderuitputting op te laten treden?»

Antwoord:

Met betrekking tot onder- of overuitputting geldt in zijn algemeenheid dat pas wanneer het uitvoeringsjaar vergevorderd is, duidelijk wordt op welke plaatsen binnen de begroting dat zich daadwerkelijk voordoet. Het is over het algemeen niet meer mogelijk om de ruimte die dan is ontstaan in de resterende maanden van het kalenderjaar doelmatig en doeltreffend in te zetten voor een ander bestedingsdoel. Evenwel is gebleken in 2019 dat de onderuitputting aan het eind van het jaar ruimte biedt om op artikelniveau beleidsmatig wenselijke intensiveringen mogelijk te maken door elders een korting te verwerken. Dit is afgelopen voorjaar gedaan met als doel het budget op de VWS-begroting zo goed mogelijk te alloceren en onderuitputting aan het eind van het jaar te beperken. Er is gekozen voor maatwerk per artikel. Uw Kamer wordt in de reguliere begrotingsstukken bij Najaarsnota en Financieel Jaarverslag Rijk over de uitputting van de begroting geïnformeerd.

Vraag 2

Waarom werd het tekort van € 550 miljoen op de uitgaven in de Wet langdurige zorg (Wlz) niet eerder voorzien in de ontwerpbegroting 2020? Wat is sinds de begroting 2020 op dit punt veranderd in de zorgvraag?

Antwoord:

De ontwerpbegroting 2020 sluit aan bij de voorlopige kaderbrief Wlz 2020, zoals ik deze op 24 juni 2019 naar de Tweede Kamer heb gestuurd². Daarbij heb ik me gebaseerd op het mei-advies van de NZa waarin op dat moment de meest actuele inzichten omtrent de toereikendheid van het budgettaire kader Wlz waren verwerkt.

Sinds de begroting 2020 is de zorgvraag sterker toegenomen dan in het mei-advies werd voorzien. De NZa heeft in dat kader haar augustusadvies over de toereikendheid van het Wlz-kader 2019 in oktober aangevuld met een addendum. De reden voor het addendum was dat de NZa signaleerde dat de declaratiecijfers sinds het augustusadvies een extra stijging lieten zien. Hierover heb ik u geïnformeerd via de definitieve kaderbrief Wlz 2020³, waarbij ik het budgettaire kader voor 2019 met een extra bedrag van € 250 miljoen verhoogd. Hiervan is € 190 miljoen structureel en € 60 miljoen incidenteel beschikbaar gesteld. De structurele doorwerking van € 190 miljoen is voor € 130 miljoen gedekt uit de groeiruumte 2020. Door deze bijstellingen resteerde voor 2020 een beperkte groeiruumte van 1,3%.

Op mijn verzoek heeft de NZa mij via een januaribrief⁴ en maartbrief geïnformeerd over de actuele ontwikkelingen van de vraag naar Wlz-zorg en de toereikendheid van het Wlz-kader. Hierin liet de NZa zien dat de resterende groeiruumte van 1,3% ontoereikend was. Via mijn brief van 20 april⁵ heb ik de Tweede Kamer hierover geïnformeerd. Met de inzichten uit de maartbrief kon de Voorjaarsbesluitvorming plaatsvinden op basis van de meest actuele gegevens. Het tekort van € 550 miljoen is daarbij

¹ Kamerstuk 35 450

² Kamerstuk 34 104, nr. 253.

³ Kamerstuk 34 104, nr. 265.

⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 274

⁵ Brief Minister van VWS met kenmerk 1668665–203695-LZ.

voor € 70 miljoen opgelost door de inzet van de gereserveerde herverdelingsmiddelen en voor € 480 miljoen binnen de integrale besluitvorming bij de Voorjaarsnota. Met de toevoeging van dit bedrag is in 2020 een totale groei ruimte beschikbaar van 3,4%. Dat sluit aan bij de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag.

Vraag 3

In hoeverre worden de extra covid-gerelateerde kosten opgebracht door middel van respectievelijk het verhogen van de staatsschuld, het aanspreken van reserves van zorgverzekeraars en het verhogen van de premie?

Antwoord:

Dat is op dit moment niet vast te stellen. De extra uitgaven in de eerste suppletoire begroting betreft een raming voor de coronagerelateerde uitgaven op de VWS-begroting tot 1 juni. Dit zijn uitgaven aan o.a. beademingsapparatuur en medische hulpmiddelen. De gevolgen van corona op de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg kunnen nog niet in beeld worden gebracht. Het kabinet streeft ernaar om in de ontwerp-begroting op Prinsjesdag meer inzicht te verschaffen over de hoogte van de kosten in 2020 en waar mogelijk 2021 e.v., met de bijbehorende effecten op de staatsschuld, premie en reserves van verzekeraars.

Vraag 4

Waarom wordt in de eerste suppletoire begroting niet verwezen naar artikel 2.27, tweede lid van de Comptabiliteitswet? Kunnen alle uitgaven in deze eerste suppletoire begroting wachten totdat beide Kamers van de Staten-Generaal over dit wetsvoorstel hebben gestemd?

Antwoord:

Een verwijzing naar artikel 2.27, tweede lid van de Comptabiliteitswet was inderdaad nodig geweest. De uitgaven gerelateerd aan het beheersen van COVID-19 konden niet wachten tot de stemming van beide Kamers van de Staten-Generaal. Voor de niet-corona gerelateerde uitgaven geldt dit overigens niet.

Vraag 5

Hoe lang zijn de wachtlijsten in de ggz momenteel, zowel in de specialistische ggz als in de basis ggz? Kan een jaarlijks overzicht naar de Kamer worden gestuurd van het aantal wachtenden in basis- en specialistische ggz sinds 2008?

Antwoord:

In juni 2020 is uw Kamer geïnformeerd over de stand van de wachttijden in de basis-ggz en gespecialiseerde ggz. Het gaat hierbij niet om de lengte van de wachtlijsten, maar om gemiddelde wachttijden. In april 2020 zag die stand er als volgt uit:

Diagnosegroep	Totale wachttijden in weken
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	15
Alcohol gebonden stoornissen	12
Angststoornissen	14
Bipolair en overige stemmingsstoornissen	12
Delirium, dementie en overige cognitieve stoornissen	8
Depressieve stoornissen	12
Eetstoornissen	14
Overige aan middel gebonden stoornissen	13
Overige stoornissen in de kindertijd	13

Diagnosegroep	Totale wachttijden in weken
Persoonlijkheidsstoornissen	18
Pervasieve stoornissen	21
Restgroep diagnoses	15
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	10
Somatoforme stoornissen	10
Basis-ggz	8

De aantallen wachtenden worden in de ggz nog niet structureel verzameld. Vorig voorjaar hebben GGZ Nederland en MeerGGZ voor het eerst een uitvraag naar aantallen wachtenden gedaan bij de instellingen uit hun achterban. Het beeld dat uit die uitvraag kwam, is dat er op dat moment in de gespecialiseerde ggz ongeveer 37.750 mensen op een wachtlijst stonden. Dit is inclusief het deel dat binnen de Treeknorm geholpen wordt, wat volgens de bevroegde aanbieders 73% van de wachtenden in de gespecialiseerde ggz betreft. De uitvraag van GGZ Nederland en MeerGGZ wordt op dit moment herhaald, de uitkomsten daarvan zullen landen in de tussenevaluatie van de stuurgroep wachttijden die de Staatssecretaris nog voor het zomerreces naar uw Kamer hoopt te sturen. De NZa werkt momenteel met partijen uit de stuurgroep wachttijden uit hoe we structureel inzicht in de aantallen wachtenden in de ggz kunnen krijgen.

Vraag 6

Overweegt u om indien een grote stijging van de inkomensafhankelijke bijdragen en nominale premies (Zorgverzekeringswet) voor 2021 dreigt als gevolg van extra kosten door de bestrijding van het coronavirus, dit te voorkomen door middel van een tijdelijke verhoging van de rijksbijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds?

Antwoord:

Er is nu nog geen zicht op de gevolgen van het coronavirus voor de Zvw-uitgaven. Er worden enerzijds natuurlijk extra kosten gemaakt. Daartegenover staat dat er ook zorg is uitgevallen. Om de gevolgen van dat laatste voor zorgaanbieders op te vangen hebben zorgverzekeraars een zogenaamde continuïteitsbijdrage-regeling in het leven geroepen. Over de financiële omvang van geen van de hiervoor genoemde posten (extra kosten corona, uitval van zorg, kosten continuïteitsbijdrage-regeling) is op dit ogenblik helderheid. Daarnaast beschikken zorgverzekeraars over reserves bedoeld om tegenvaller op te vangen. Al met al is het nu te vroeg om een beleidsreactie te overwegen.

Vraag 7

De aanpak van de verdubbeling van de post «Dak- en thuislozen» is € 75 miljoen in 2020 (en € 125 miljoen in 2021), kunt u deze € 75 miljoen uitsplitsen in verschillende posten? Welk bedrag is tot op heden uitgegeven en aan welke posten?

Antwoord:

De verdeling van de € 75 miljoen is al volgt: € 67,5 miljoen wordt verdeeld over 21 centrumgemeenten maatschappelijke opvang en beschermd wonen voor de uitvoering van de regionale plannen.

De betrokkenheid van alle regiogemeenten aan de gezamenlijke regionale opgave is onmisbaar. Wanneer de 312 regiogemeenten dit aanvragen, dan ontvangen zij ieder een bedrag van € 17.628 in 2020 (€ 5,5 miljoen) om daarmee maatregelen te nemen die bijdragen aan het voorkomen en/of terugdringen van dak- en thuisloosheid. Met de resterende middelen

wordt o.a. het ondersteuningsaanbod aan gemeenten, de maatschappelijke kosten-batenanalyse en monitoring vormgegeven.

Vraag 8

Kunt u een overzicht geven van alle generale mutaties in deze suppletoire begroting die ten gunste, dan wel ten laste van de begroting VWS zijn gebracht?

Antwoord:

Zie hieronder een uitsplitsing van alle generale mutaties op de VWS-begroting zoals opgenomen in de eerste suppletoire begroting. Deze bedragen zijn toegevoegd en komen ten gunste van de VWS-begroting.

I. Generale mutaties

1	Aanschaf medische hulpmiddelen VWS/ Landelijk Consortium Hulpmiddelen	700,0
2	Verkoop medische hulpmiddelen	- 290,0
3	Aanschaf beademingsapparatuur	250,0
4	Opslag en distributie hulpmiddelen	10,0
5	Opstarten productie hulpmiddelen en testcapaciteit in Nederland	2,6
6	Behouden opleidingsfaciliteit productie geneesmiddelen	7,5
7	Bijdrage aan CEPI t.b.v. vaccinontwikkeling	50,0
8	Opleiden zorgpersoneel	23,1
9	Onderzoek inzake Corona- ZonMW	20,0
10	Zorgkosten Caribisch deel van het Koninkrijk	31,7
11	Huisartsen elektronisch platform	5,7
12	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding en patiëntenspreiding (inzet Mobiel Medisch Team)	5,5
13	RIVM en GGD-en: extra kosten voor het uitvoeren van tests, contactonderzoek en voor een track en trace systeem	3,3
14	APK-kosten RIVM, GGD en VWS	10,0
15	Herregistratie zorgpersoneel CIBG	1,8
16	Monitoring (o.a.bedden capaciteit ziekenhuizen)	0,6
17	Support desk specialist ouderen geneeskunde	0,2
Totaal VWS-begroting		832

Vraag 9

Welke uitgaven vallen onder de post «Vangnet cruciale jeugdhulp»?

Antwoord:

Dit betreft de subsidieregeling «Continuïteit cruciale jeugdzorg» die per 1 januari 2020 van kracht is gegaan. Voor deze regeling is € 20 miljoen voor mogelijke leningen beschikbaar. Met deze regeling kan worden gewaarborgd dat cruciale jeugdzorg gecontinueerd kan worden in gevallen waarin acute liquiditeitsproblemen zijn ontstaan en waar tegelijkertijd aan een structureel herstelplan wordt gewerkt.

Vraag 10

De desaldering Intravacc bedraagt € 3.494.000,-, waaruit is dit bedrag precies opgebouwd?

Antwoord:

Het betreft hier de ontvangsten van diverse (internationale) klanten / debiteuren, waaronder CDBIO (€ 1,3 miljoen), Provide (€ 1 miljoen), BCHT (€ 0,6 miljoen) en LG Life Sciences (€ 0,2 miljoen).

Vraag 11

Hoeveel onderuitputting is in 2019 op de totale VWS-begroting ontstaan en op welke artikelen?

Antwoord:

De per saldo onderuitputting aan uitgaven en ontvangsten bedroeg op de VWS-begroting in 2019 circa € 187 miljoen. De onderuitputting is verspreid over de gehele begroting en vindt plaats op elk artikel. Zo was er op artikel 1 (Volksgezondheid) in 2019 circa € 37 miljoen aan onderuitputting en op artikel 5 (Jeugd) in 2019 circa € 8 miljoen aan onderuitputting.

Vraag 12

Heeft u op uw begroting inderdaad € 58,2 miljoen ontvangen als eindejaarsmarge, zoals vermeld is in de bijlage van de Voorjaarsnota? Zo ja, waar is dat bedrag naar toe gegaan en waar in de eerste suppletoire begroting kan de Kamer dit terugvinden? Zo nee, om welke bedrag gaat het dan en waar wordt dat toegelicht in de suppletoire begroting?

Antwoord:

De eindejaarsmarge op de VWS-begroting bedraagt inderdaad € 58,2 miljoen. De eindejaarsmarge is bedoeld voor overlopende verplichtingen uit het begrotingsjaar 2019 die een kasbeslag hebben in 2020. De eindejaarsmarge is o.a. ingezet voor de stimulering van Bouw en behoud van sportaccommodaties (BOSA) (€ 25 miljoen), het beschikbaar houden van de regeerakkoordmiddelen voor het bestrijden van onbedoelde zwangerschappen (€ 7,9 miljoen), acties voor het nationaal preventieakkoord (€ 2 miljoen) en een groot aantal mutaties die kleiner zijn dan € 2,5 miljoen.

Vraag 13

Hoe is de hoogte van de bijdrage van Nederland van € 50 miljoen aan Coalition for Preparedness Innovations (CEPI) bepaald? Hoe verhoudt dit zich tot de bijdrage van andere deelnemers en is al bepaald aan welke projecten deze middelen zullen worden besteed? Wie draagt nog meer bij aan dit initiatief en met welke bedragen?

Antwoord:

De Nederlandse bijdrage aan de genoemde Coalition is gebaseerd op een vergelijking van pledges van andere landen en de beschikbare budgettaire middelen om de Covid-19 epidemie door middel van vaccinaties te bestrijden.

In onderstaande bijlage treft u een overzicht aan van de bijdragen.

Confirmed investments to CEPI – both COVID -19 and Core funding. All figures in MUS\$D, rounded and subject to currency fluctuations

Type of Investor	Investor	Core funding	Earmarked COVID	Multi-year?
Sovereign	Norway	200.0	210.0	Multi-year
Sovereign	Germany	102.0	260.0	Multi-year
Sovereign	Japan	125.0	98.0	Multi-year
Sovereign	Australia	5.0	5.0	Multi-year
Sovereign	Belgium	1.0	5.0	One off
Sovereign	Canada	11.0	28.0	Multi-year
Sovereign	UK	38.0	278.0	Multi-year
Sovereign	South Korea	9.0	0.0	Multi-year
Sovereign	Ethiopia	0.3	0.0	Multi-year
Sovereign	Finland	1.0	3.0	Multi-year
Sovereign	Singapore	1.8	0.2	Multi-year
Sovereign	Luxembourg	0.0	0.8	One year
Sovereign	Switzerland	2.0	8.0	One year
Sovereign	Denmark	1.0	0.0	One year
Sovereign	Saudi Arabia	0.0	150.0	TBD
Sovereign	Netherlands	5.0	50.0	TBD
Sovereign	Spain	0.0	82.0	TBD
Sovereign	France	0.0	55.0	TBD
Sovereign	Italy	0.0	11.0	TBD

Confirmed investments to CEPI – both COVID -19 and Core funding. All figures in MUSD, rounded and subject to currency fluctuations

Type of Investor	Investor	Core funding	Earmarked COVID	Multi-year?
Sovereign	Serbia	0.0	1.0	TBD
Sovereign	Lithuania	0.0	0.1	TBD
Sovereign	Austria	0.5	2.0	TBD
Sovereign	Mexico	0.3	0.0	TBD
Sovereign	Greece	0.0	2.0	TBD
Multilateral	EC ¹	96.0	55.0	Multi-year
Sovereign	New Zealand ²	0	9 ²	TBD
Foundations				
Foundation	Wellcome	100.0	0.0	Multi-year
Foundation	BMGF	100.0	0.0	Multi-year
Foundation	Wellcome/DFID (MUSD 8,7) ³	9.0	0.0	One off
Foundation	UN Foundation	0.0	10.0	Ongoing fundraising
Private sector contributions				
Private sector	Vulcan ³	5.0	0.0	One off
Private sector	Citadel	0.0	2.00	One off
Private sector	Ndemic	0.0	0.15	One off
Private sector	Lululemon	0.0	0.10	One off
Private sector	ADX Foundation	0.0	0.10	One off
Private sector	Alphadyne	0.0	0.0	One off
Private sector	Citi Bank	0.05	0.05	One off
Private sector	TPG Global	0.10	0.10	One off
Private sector	Danske Bank Foundation	0.03	0.03	One off
Private sector	A Collected Man	0.04	0.04	One off
Private sector	Avast	0.0	8.0	One off
Private sector	Derwent	0.03	0.03	One off
Private sector	Duff & Phelps Charitable Foundation	0.25	0.25	One off
Private sector	General Catalyst	0.1	0.10	One off
Private sector	Goldman Sachs Gives	0.25	0.25	One off
Private sector	Nigel Blackwell	0.2	0.20	One off
	TOTAL	808	1,335	

¹ Dedicated co-funding for CHIKV and RVF

² To be confirmed

³ Ebola support

Bron; CEPI / Updated: 04.06.2020

Vraag 14

Welke invloed hebben de ontwikkelingen en maatregelen rondom het coronavirus op de reguliere begrotingsuitgaven voor dit jaar en de komende jaren?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 3.

Vraag 15

Kunt u aangeven welk deel van de noodmaatregelen betreffende het coronavirus uit andere begrotingen worden gedekt en zo ja, uit welke begrotingen?

Antwoord:

In de Voorjaarsnota 2020 leest u de geraamde uitgaven als gevolg van de coronacrisis per departement. Uitgaven als gevolg van het virus op

VWS-terrein leest u terug in de eerste suppletoire begroting van de VWS-begroting. Er zijn geen andere uitgaven op VWS-terrein die plaatsvinden op andere begrotingen.

Vraag 16

Waarom heeft u een deel van de corona-noodmaatregelen uit de eigen VWS-begroting gedekt?

Antwoord:

Een deel van de uitgaven in de eerste suppletoire begroting is specifiek gedekt binnen de VWS-begroting omdat dit geen noodmaatregelen betroffen die direct gekoppeld zijn aan de medische zorg, maar vanwege corona wel noodzakelijk werden geacht en konden worden opgevangen binnen de eigen begroting.

Vraag 17

Waar is de budgettaire ruimte van € 41 miljoen op de VWS-begroting waaruit deze corona-gerelateerde meerkosten worden betaald precies gevonden?

Antwoord:

De extra kosten zijn gedekt uit de gereserveerde loon- en prijsbijstelling op artikel 11 van de VWS-begroting. Daarnaast is voor de uitgaven aan de Stichting waarborgfonds voor sportverenigingen specifieke dekking gevonden binnen het artikel van Sport.

Vraag 18

Kunt u bij de 12 corona-gerelateerde uitgavenposten die genoemd worden in tabel 3, ook aangeven welk deel van het budget op welk moment daadwerkelijk is of nog wordt uitgegeven?

Antwoord:

In tabel 3 op pagina 4 en 5 van de eerste suppletoire begroting staan 12 corona gerelateerde uitgaven waarvan het grootste gedeelte reeds is uitgegeven. Voor die middelen die nog niet volledig tot besteding zijn gekomen is de verwachting dat dit gedurende het jaar zal gebeuren. Het betreft hier bijvoorbeeld het onderzoek door ZonMW (€ 20 miljoen). De zorgkosten op Caribisch Nederland zijn voor het grootste gedeelte uitgegeven om de benodigde IC-units op te bouwen en inzet van medisch personeel. Een klein deel van het beschikbare budget is nog beschikbaar voor de continue beheersing van COVID-19. Dit geldt ook voor het opleiden van extra zorgpersoneel, hier is gebruik gemaakt van een inschatting van het aantal instromers en er kan nog een beroep op deze regeling worden gedaan. Tot slot is de afspraak gemaakt met mijn collega van het Ministerie van Financiën dat de middelen die niet volledig tot besteding komen terugvloeien naar de schatkist. Het kabinet zal uw Kamer tussentijds zo goed mogelijk blijven informeren over laatste inzichten in de ramingen door middel van bijvoorbeeld incidentele suppletoire begrotingen.

Vraag 19

Hoe is binnen de VWS-begroting bepaald wat precies corona-gerelateerde kosten zijn en welk deel als reguliere begrotingsuitgaven kan worden gezien? Hoe wordt daarbij omgegaan met grensgevallen?

Antwoord:

De extra kosten zijn gedekt uit de gereserveerde loon- en prijsbijstelling op artikel 11 van de VWS-begroting. Daarnaast is voor de uitgaven aan de Stichting waarborgfonds voor sportverenigingen specifieke dekking gevonden binnen het artikel van Sport.

Vraag 20

Kan aangegeven worden of en zo ja, hoeveel extra corona-gerelateerde kosten nog te verwachten zijn in dit jaar?

Antwoord:

Gezien de onvoorspelbaarheid van de ontwikkeling van het virus is het lastig om op dit moment een inschatting te maken van alle extra corona-gerelateerde uitgaven op de VWS-begroting. Het kabinet zal uw Kamer tussentijds zo goed mogelijk blijven informeren over laatste inzichten in de uitgavenramingen door middel van bijvoorbeeld incidentele suppletoire begrotingen, waarbij het kabinet streeft om op Prinsjesdag inzicht te hebben in de uitgaven voor 2020 en waar mogelijk ook voor de latere jaren.

Vraag 21

Kan aangegeven worden of en zo ja, hoeveel extra corona-gerelateerde kosten nog te verwachten zijn voor de komende jaren?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 20.

Vraag 22

Waarop is de raming gebaseerd van € 700 miljoen aankoopkosten uit hoofde van medische hulpmiddelen, respectievelijk waarop is de veronderstelling gebaseerd dat hier € 240 miljoen aan verkoopopbrengsten uit voortvloeien?

Antwoord:

Bij het opstellen van de eerste suppletoire wet was door VWS reeds voor circa € 200 miljoen aan medische hulpmiddelen ingekocht en werden voor het LCH de inkoop op € 500 miljoen geraamd. De kostenraming van het LCH is gebaseerd op de optelsom van reeds ingekochte hulpmiddelen en de verwachting voor de weken die daarop volgen, ervan uitgaande dat het LCH tot en met week 26 zou blijven inkopen.

De mutatie in de ontvangstenraming bedraagt € 290 miljoen. Dit bedrag is gebaseerd op de aanname dat alle ingekochte hulpmiddelen tegen circa 40% van de inkoopprijs wordt uitgeleverd en verkocht aan zorgaanbieders.

Vraag 23

Kunt u een meer gedetailleerde onderbouwing geven over de aankoopkosten van medische hulpmiddelen waarin duidelijk wordt om welke hulpmiddelen, welke hoeveelheden en welke aan- en verkoopprijzen het gaat?

Antwoord:

In de eerste suppletoire begrotingswet is een bedrag opgenomen voor de aanschaf van medische hulpmiddelen van € 700 miljoen, waarvan € 500 miljoen vanuit de inkoop door het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) tot eind juni, en bijbehorende ontvangsten van € 290 miljoen vanuit het verkopen van de aangekochte hulpmiddelen aan zorgaanbieders. Bij de medische hulpmiddelen gaat het om brillen, chirurgische en FFP2-maskers, handschoenen en isolatiejassen en -schorten. Wekelijks publiceert het LCH een totaaloverzicht van de tot dusver aangekochte en uitgeleverde persoonlijke beschermingsmiddelen en van de actuele voorraad van persoonlijke beschermingsmiddelen, het aantal bestelde

stuks en de middelen die onderweg zijn naar Nederland vanuit het buitenland.⁶

De huidige marktprijs, voor de inkoop van de verschillende producten, wordt wekelijks vastgesteld door een team van experts van verschillende bedrijven en instellingen. Zij hebben inzicht in de laatste aanbiedingen uit de markt en contact met inkopers in de zorg. Er wordt inkoop volgens deze marktprijs. De marktprijs fluctueert tijdens de crisis en deze fluctuatie verloopt verschillend per product. Ook verschilt de gemiddelde marktprijs in 2020 per product t.o.v. van de marktprijs in 2019. De verkoopprijzen zijn gebaseerd op een representatief artikel binnen een bepaalde productcategorie. Met een aantal Nederlandse leveranciers is besproken wat de verkoopprijs pre corona was voor dit betreffende artikel.

Vraag 24

Hoe wordt de «reguliere prijs» bepaald die zorginstellingen betalen aan het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LHC)?

Antwoord:

Zoals bij de vorige vraag vermeld zijn de prijzen gebaseerd op een representatief artikel binnen een bepaalde productcategorie. Met een aantal Nederlandse leveranciers is besproken wat de prijs pre corona was voor dit betreffende artikel.

Vraag 25

Kan worden gesteld dat gemiddeld 2,4 maal de reguliere prijs is betaald voor de aanschaf van hulpmiddelen? Kunt u cijfers geven van hoe deze verhoudingen in andere Europese landen liggen?

Antwoord:

De huidige marktprijs voor de inkoop van de verschillende producten, wordt wekelijks vastgesteld door een team van experts van verschillende bedrijven en instellingen. Zij hebben inzicht in de laatste aanbiedingen uit de markt en contact met inkopers in de zorg. Er wordt inkoop volgens deze marktprijs. De marktprijs fluctueert tijdens de crisis en deze fluctuatie verloopt verschillend per product. Ook verschilt de gemiddelde marktprijs in 2020 per product ten opzichte van de marktprijs in 2019. Zo zijn brillen in 2020 ingekocht voor een prijs die lager ligt dan de prijs in 2019, is de prijs voor FFP2 mondkapen rond maart ongeveer 2–3 keer zo hoog als in 2019 en nu weer dalend. De prijs van handschoenen ligt nu ongeveer 3–4 keer zo hoog als in 2019 en momenteel stijgend. IC-materialen, laboratorium middelen en desinfectantia hebben ongeveer dezelfde prijs als in 2019. Grosso modo zal de marktprijs in de eerste helft van 2020 2–3 keer hoger liggen dan in 2019.

Ik heb geen informatie beschikbaar hoe deze verhoudingen in andere Europese lidstaten liggen.

Vraag 26

Waarom heeft u ervoor gekozen om uitgaven ten behoeve van de coronamaatregelen net als andere bewindspersonen al in een incidentele suppletoire begroting aan de Kamer voor te leggen, maar pas mee te nemen in de reguliere eerste suppletoire begroting?

Antwoord:

⁶ Zie hiervoor: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/organisatie/organogram/landelijk-consortium-hulpmiddelen/actuele-voorraad-persoonlijke-beschermingsmiddelen-voor-de-zorg>.

Omdat het kabinet besloten heeft de Voorjaarsnota en de eerste suppletoire begroting eerder naar de Kamer te sturen dan gebruikelijk, was het opstellen van een incidentele suppletoire begroting door VWS niet meer opportuun. Uw Kamer is uiteraard geïnformeerd over deze beleidsmatige besluiten door middel van de kamerbrieven omtrent corona.

Vraag 27

In welke mate waren er in maart jl., toen de Kamer de eerste incidentele suppletoire begrotingen van verschillende ministeries ontving, bij u ook al uitgaven gedaan in het kader van de coronacrisis?

Antwoord:

In maart werd geïnventariseerd waar de behoefte en zorg het grootst was. Daarbij was een belangrijk uitgangspunt om de IC's te ontlasten en om te zorgen dat er voldoende medische hulpmiddelen en beademingsapparaten waren. Hier zijn in maart jl. dan ook reeds uitgaven voor gedaan door het ministerie. Vanwege de mondiale tekorten is er vanaf medio maart een landelijke aanpak geweest van de aanschaf van beademingsapparatuur voor de IC's en medische hulpmiddelen. Ook de toegankelijkheid van patiëntgegevens voor de landelijke huisartsenpost zorgde voor uitgaven medio maart. Uw Kamer is uiteraard geïnformeerd over deze beleidsmatige besluiten door middel van de kamerbrieven omtrent corona. Vanwege de eerdere aanlevering van de Voorjaarsnota en eerste suppletoire begroting is besloten om de corona gerelateerde uitgaven op de VWS-begroting hierin op te nemen.

Vraag 28

Waarom is het budget voor de aanpak van gezondheidsachterstanden neerwaarts bijgesteld met € 122.000,- tot slechts € 15.000,-?

Antwoord:

Het budget voor de aanpak van gezondheidsachterstanden is met € 122.000 neerwaarts bijgesteld door een overboeking naar het Ministerie van LNV voor de bijdrage 2020 aan het College voor de Toetsing van Bestrijdingsmiddelen.

Vraag 29

Is een overzicht op hoofdlijnen beschikbaar hoe de € 20 miljoen voor onderzoek naar COVID-19 is of wordt ingezet? Welke onderzoeken zijn afgerond, lopen nu of worden met dit bedrag nog opgestart?

Antwoord:

Van de € 20 miljoen is € 5,5 miljoen ingezet voor de zogenoemde *first wave* COVID-19 urgente onderzoeken die eind maart zijn gehonoreerd. De overige € 14,5 miljoen is onderdeel van de *second wave*, het COVID-19

onderzoeksprogramma van ZonMw in samenwerking met NWO. Meer informatie is te vinden op: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/coronavirus/programmas/programma-detail/covid-19-programma/>. Dit onderzoeksprogramma heeft inmiddels een omvang van € 30 miljoen, waarvan € 12,5 miljoen is gefinancierd door het Ministerie van OCW en NWO. Daarnaast is via de begroting van VWS nog € 3 miljoen toegevoegd.

De onderzoeksvoorstellen van de *first wave* zijn te raadplegen op: <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/eerste-gehonoreerde-onderzoeksprojecten-subsidieregeling-covid-19/>. Het betreft alle lopende onderzoeken:

- **RECoVERED-studie** – Onderzoek naar onder andere het verloop van de ziekte, langetermijnprognose, kruisreactiviteit, herinfectie, en het

verloop van immuunrespons over de tijd in relatie tot prognose. Hiertoe wordt een cohort gevolgd van personen die hersteld zijn van COVID-19

- **CoKids-studie** – Onderzoek naar dragerschap, ziektelast en transmissie van en naar kinderen
- **Infectiepreventiemaatregelen in ziekenhuizen** – Onderzoek op het gebied van ziekenhuisepidemiologie ter ondersteuning van infectiepreventiemaatregelen
- **Verspreidingsroutes** – Het in kaart brengen van virusevolutie, verspreiding en transmissie via sequencing om verspreidingsroutes te voorspellen
- **Farmacotherapeutische trial op de IC** – Een farmacotherapeutische trial met anakinra bij COVID-19-patiënten op de intensive care
- **Antilichamen** – Medicijnontwikkeling: studies naar veiligheid en werkzaamheid van antilichamen tegen het coronavirus
- **Sociale impact van physical distancing** – Sociaalwetenschappelijk onderzoek naar de sociale impact van physical distancing op kwetsbare populaties en welke steun kwetsbare groepen hierbij nodig hebben
- **Trial van chloroquine en hydroxychloroquine-behandeling** – Trial van chloroquine en hydroxychloroquine-behandeling in patiënten die opgenomen zijn met matige tot ernstige COVID-19

De *second wave* honorering vindt momenteel plaats, de laatste stand van zaken is te raadplegen op <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/coronavirus/onderzoek-naar-corona-en-covid-19/urgente-onderzoekstrajecten/>. Op 4 juni 2020 waren de volgende urgente projecten gehonoreerd die zich in de opstartfase bevinden:

- **Samenwerken tegen Corona met Intensive Care Data** – Het project onderzoekt welke combinatie van behandelingen bij en eigenschappen van welke individuele intensive care patiënten met COVID-19 leidt tot de beste uitkomsten.
- **Caging the dragon: translationeel onderzoek om trombose bij COVID-19 te begrijpen en voorkomen** – In het onderzoek worden de exacte omvang van het aantal veneuze trombo-embolie (VTE)-gevallen in Nederland en het effect van de preventieve behandeling met heparine bestudeerd, risicofactoren geïdentificeerd en moet worden voorspeld welke factoren hieraan bijdragen.
- **Ontwikkelen van een monitoringssysteem en protocollen om nieuwe uitbraken van COVID-19 in te dammen.** – Het doel van dit project is om een brede wetenschappelijke basis voor een effectief monitoringssysteem te ontwikkelen voor COVID-19 met daarbij behorende handelingsprotocollen.

Etnische ongelijkheid bij COVID-19 – In deze studie wordt informatie verzameld over hoe informatie over de maatregelen tegen verspreiding deze migrantengroepen bereikt en of zij de adviezen ook opvolgen. Daarnaast wordt nagegaan wat de impact is van deze maatregelen op individuele levens, in het bijzonder op welzijn en gebruik van niet-COVID gezondheidszorg.

Vraag 30

Bestaat de kans dat de € 20 miljoen die voor onderzoek naar COVID-19 is of wordt ingezet nog verhoogd wordt? Zo ja, hoe reëel is deze kans?

Antwoord:

Ja, dat is inmiddels al gebeurd. In mijn brief van 19 mei jl.⁷ heb ik het bedrag met € 3 miljoen verhoogd. Dit bedrag kan verder oplopen

⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 351.

afhankelijk van de urgentie en noodzaak van de onderzoeken om COVID-19 in te dammen.

Vraag 31

Hoe is de hoogte van de bijdrage van Nederland van € 50 miljoen aan de CEPI bepaald? Wie dragen nog meer bij aan dit initiatief en met welke bedragen?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 13.

Vraag 32

Wat is tot op heden gedaan met het CEPI-budget? Zijn er al eerste resultaten te melden? Zo nee, wanneer kunnen de eerste resultaten verwacht worden?

Antwoord:

CEPI heeft tot nu toe met 9 onderzoekspartijen en/of farmaceutische bedrijven partnerschappen ondertekend, gericht op het ontwikkelen van een Covid-19-vaccin. Vier van deze trajecten bevinden zich in klinische fase 1.

Op 11 mei jl. is door CEPI bekend gemaakt dat er een investering is gedaan van 388 miljoen USD, voor de versnelling van de ontwikkeling en productie van een Novavax's NVX-CoV2373 kandidaat-vaccin, voor zowel klinisch onderzoek, als wel de opbouw van productiecapaciteit⁸. Dit kandidaatvaccin is het vierde CEPI-funded vaccin, naast het kandidaat-vaccin van Inovio's INO-4800 DNA-vaccin, het Moderna's mRNA-1273 kandidaatvaccin en het kandidaat-vaccin van University of Oxford's (ChAdOx1 nCoV-19).

Tevens heeft CEPI onlangs een nieuwe call-for-proposals gelanceerd met als deadline eind juni.⁹

Vraag 33

Zijn naast de genoemde bijdragen van € 20 miljoen en € 50 miljoen voor de CEPI, elders binnen of buiten de VWS-begroting nog onderzoeksbudgetten beschikbaar voor nieuw onderzoek naar de gevolgen van de verspreiding van het coronavirus?

Antwoord:

Ja, in mijn brief van 31 maart 2020¹⁰ heb ik u gemeld dat naast de middelen voor CEPI (€ 50 miljoen) door het kabinet € 42 miljoen is vrijgemaakt en dat dit op respectievelijk 22 april¹¹ en 19 mei 2020¹² is verhoogd met € 2,5 miljoen en € 3 miljoen. Dit brengt het totaal beschikbaar budget voor nationaal onderzoek naar COVID-19 op € 47,5 miljoen. De middelen zijn beschikbaar gesteld via VWS/ZonMw, OCW/NWO, Topsector Life Science and Health (LSH) en EZK/TNO.

Vraag 34

Kunt u toelichten waar uit de begroting de € 20 miljoen vandaan komt ten behoeve van de expertgroep die gevraagd is om onderzoeksvoorstellen te prioriteren, die op korte termijn mogelijkheden inventariseren om verdere

⁸ https://cepi.net/news_cepi/cepi-extends-collaboration-with-novavax-to-advance-development-and-manufacture-of-covid-19-vaccine/

⁹ https://cepi.net/get_involved/cfps/

¹⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 200. De bedragen zijn in deze brief verder gespecificeerd.

¹¹ 11 Kamerstuk 25 295, nr. 277.

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 351.

verspreiding van het coronavirus te voorkomen en het herstel van de Nederlandse bevolking te bespoedigen? Kunt u tevens aangeven hoe deze € 20 miljoen verdeeld zal worden?

Antwoord:

De € 20 miljoen is generaal beschikbaar gesteld door de Minister van Financiën. Voor de verdeling van de € 20 miljoen verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 29.

Vraag 35

Hoeveel mensen hebben gebruik gemaakt van de tegemoetkoming Q-koorts?

Antwoord:

Tot nu toe (stand 4 juni 2020) zijn 1.970 aanvragen voor een tegemoetkoming op basis van de Beleidsregel tegemoetkoming Q-koorts goedgekeurd. Verder zijn er 77 zaken in behandeling. Nieuwe aanvragen kunnen nog worden ingediend tot 1 januari 2021.

Vraag 36

Hoeveel extra kosten hebben het RIVM, respectievelijk de GGD's dit jaar gemaakt met de bestrijding van het coronavirus? Welk deel hiervan is op welke posten in deze eerste supplettoire begroting nu budgettair verwerkt?

Antwoord:

Het RIVM maakt extra kosten voor de coördinatie van de bestrijding, laboratoriumonderzoek, epidemiologie, surveillance en modellering en klinisch corona onderzoek. Een deel van deze kosten kan worden gedekt uit het reguliere en calamiteitenbudget van het RIVM. Later in het jaar zal het RIVM duidelijk maken wat de extra kosten zijn.

Verder worden testen die worden afgenomen door de GGD of na afstemming met de GGD, bijvoorbeeld door huisartsen vergoed via het Openbare Gezondheidszorgbudget (OGZ) van het RIVM. De schatting van de kosten van de testen bedraagt € 264 miljoen.

De GGD'en maken onder meer extra kosten voor de organisatie van het testen, de afname van de testen en het uitvoeren van bron- en contactopsporing. Met de GGD'en is afgesproken dat er half juni 2020 een kostenoverzicht ligt dat zowel inzicht geeft in de gemaakte kosten tot dan toe als een prognose voor de rest van 2020.

Bij de eerste supplettoire wet is voor extra kosten bij het RIVM en de GGD voor het uitvoeren van tests, contactonderzoek en voor een track en trace systeem een budget van € 12,65 miljoen verwerkt op Artikel 1 Volksgezondheid, onderdeel Ziektepreventie.

Vraag 37

Op welke plek in de supplettoire begroting VWS zijn de kosten voor testen en traceren terug te vinden?

Antwoord:

De uitgaven voor testen en traceren zijn terug te vinden onder punt 2 in tabel 3 «onderzoek en testen COVID-19 RIVM en GGD» en verwerkt op artikel 1 Volksgezondheid.

Vraag 38

Welke partijen, naast GGD's, zijn betrokken bij het beleid van traceren en testen en wie betalen uiteindelijk deze kosten? In hoeverre en op welke plek slaan deze kosten ook neer in de VWS-begroting?

Antwoord:

Vanaf 1 juni kan iedereen, ook met milde klachten die mogelijk duiden op het coronavirus, getest worden. Dit gebeurt bij de GGD. Daarnaast worden mensen getest bij de huisarts, in ziekenhuizen en in andere zorginstellingen, bijvoorbeeld verpleeghuizen. Daarnaast zijn de laboratoria waar de test wordt uitgevoerd betrokken bij het testbeleid. Testen die worden afgenomen door de GGD of na afstemming met de GGD, bijvoorbeeld door huisartsen, worden betaald uit het Openbare Gezondheidszorgbudget (OGZ). Deze bestaande financieringsstroom gaat via de het RIVM naar de GGD. De kosten slaan neer in de VWS begroting onder Artikel 1 Volksgezondheid, onderdeel Ziektepreventie. Ziekenhuizen voeren de testen uit voor hun eigen medewerkers en financieren dit uit het personeelsbudget. De kosten voor het testen van patiënten in het ziekenhuis worden door de verzekering gedragen, de kosten voor het testen in Wlz instellingen komen voor rekening van de Wlz.

De overige kosten die de GGD maakt voor de organisatie van het testen, de afname van de testen en het uitvoeren van bron- en contactopsporing worden door VWS rechtstreeks vergoed aan de GGD. Deze kosten slaan neer in de VWS begroting onder Artikel 1 Volksgezondheid, onderdeel Ziektepreventie.

Vraag 39

Kan een inschatting gemaakt worden hoe lang andere partijen dan de GGD's betrokken zijn bij het beleid van het traceren en testen?

Antwoord:

Laboratoriumtesten worden gedaan in een laboratorium. Daar zijn dus altijd andere partijen bij betrokken dan de GGD's. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van bron- en contactopsporing ligt bij de GGD's. Indien nodig huren de GGD's voor werkzaamheden die niet binnen de normale formatie uitgevoerd kunnen worden, al dan niet gezamenlijk, externe partijen in. Het aantal luchtwegklachten bij mensen zal in najaar naar verwachting toenemen (griep- en verkoudheidsseizoen) waarmee ook het aantal uit te voeren testen zal toenemen en blijven voortduren.

Vraag 40

Kunt u toelichten uit welke middelen de extra kosten voor het uitvoeren van tests, contactonderzoek en voor een track en trace-systeem in verband met COVID-19 worden betaald?

Antwoord:

Deze uitgaven zijn bekostigd uit de algemene middelen.

Vraag 41

Wordt het budget voor medisch specialistische zorg naar beneden bijgesteld enkel vanwege uitgestelde zorg?

Antwoord:

U stelt uw vraag naar aanleiding van de budgettaire tabel in artikel 2. De middelen die in deze tabel zijn opgenomen betreffen begrotingsmiddelen. Zorg wordt gefinancierd uit premiemiddelen. De neerwaartse bijstelling betreft dan ook geen uitgestelde zorg. Voor een antwoord op de vraag waar deze bijstelling wel betrekking op heeft, verwijs ik u naar het antwoord op vraag 56.

Vraag 42

Kunt u hier een meer gedetailleerde onderbouwing van geven, waarin duidelijk wordt om welke hulpmiddelen, welke hoeveelheden en welke aan- en verkoopprijzen het gaat?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 23.

Vraag 43

Kunt u aangeven waar welke hulpmiddelen zijn aangeschaft en/ of verkocht en verdeeld?

Antwoord:

De meeste hulpmiddelen die door het LCH zijn aangeschaft komen uit Azië. Onderzoekshandschoenen zijn voornamelijk uit Maleisië afkomstig, voor de andere producten is China de voornaamste bron van herkomst. Een kleiner deel van de producten is afkomstig uit andere landen, zoals bijvoorbeeld isolatiejassen uit Turkije. Ook worden er inmiddels chirurgische mondkmaskers en FFP2 mondkmaskers in Nederland geproduceerd.

Zorginstellingen en zorgprofessionals kunnen persoonlijke beschermingsmiddelen aanvragen bij het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) waaronder ziekenhuizen, verpleeghuizen, huisartsen, GGZ-instellingen en thuiszorginstellingen. Het LCH verzorgt de distributie van de ingekochte middelen naar alle zorgsectoren, in aanvulling op de leveringen die door de reguliere leveranciers worden uitgevoerd. Ook zijn er korte en lange termijn pakketten beschikbaar via de apotheek, op recept van de huisarts, voor mantelzorgers en Zvw-pgbhouders.

Vraag 44

Hoeveel beademingsapparaten zijn of worden aangeschaft met het in de suppletoire begroting genoemde bedrag van € 250 miljoen? Is daarmee de benodigde (nood)capaciteit aan dergelijk apparatuur nu op peil? Zo nee, wanneer verwacht u wel voldoende capaciteit te hebben?

Antwoord:

Vanwege de mondiale tekorten is er vanaf medio maart 2020 een landelijke aanpak geweest van de aanschaf van beademingsapparatuur voor de IC's. In nauwe samenspraak met een expertteam (bestaande uit intensivisten, klinisch fysici en medisch technologen) zijn enkele duizenden apparaten aangeschaft bij meerdere leveranciers in binnen- en buitenland. Dit aankoopbeleid heeft er toe geleid dat er ook toen het grootste aantal mensen op de IC lag er voldoende apparatuur beschikbaar is geweest voor de IC's. Er is binnen enkele weken voldoende apparatuur voor opschaling van de IC-bedden tot 1.700 plaatsen, en ook voor een eventuele verdere opschaling.

Vraag 45

Kunt u een meer gedetailleerde onderbouwing geven van de voorgestelde mutatie van € 1.012,1 miljoen van het subsidiebudget voor medische producten?

Antwoord:

Dit bedrag bestaat overwegend uit middelen die nodig zijn voor de inkoop van medische hulpmiddelen in verband met COVID-19. Abusievelijk zijn deze in zijn geheel op het subsidiebudget geboekt. Bij de eerstvolgende suppletoire wet worden deze middelen grotendeels naar het opdrachtenbudget geboekt.

Vraag 46

Welke producten worden, naast hulpmiddelen en beademingsapparatuur die op € 950 miljoen worden gecijferd, voor de overige € 62 miljoen aangeschaft?

Antwoord:

De corona gerelateerde uitgaven op artikel 2 subsidies medische producten zijn in totaal € 970 miljoen. De overige middelen maken onderdeel uit van het reguliere budget. Naast de uitgaven aan hulpmiddelen en beademingsapparaten bestaan deze uitgaven ook voor een deel uit distributie en opslag van de medische hulpmiddelen en het opstarten van de productie van testcapaciteit, medische hulpmiddelen en opleidingsfaciliteit geneesmiddelen. Zie het antwoord op vraag 8 (posten 1 t/m 6).

Vraag 47

Waarom worden deze gelden verstrekt via het instrument subsidies en niet als opdrachten?

Antwoord:

De gelden zijn per abuis op het instrument «subsidies» in plaats van op het instrument «opdrachten» geboekt. Dit wordt in het eerstvolgende moment aangepast.

Vraag 48

Zijn met de mutatie van € 5 miljoen op de post «Opdrachten» van artikel 2 Curatieve zorg alle kosten voor het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) en het extra patiëntenvervoer gedekt?

Antwoord:

In de opdrachtbrief van VWS aan het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) voor het oprichten van het LCPS staat opgenomen dat VWS de kosten van het LCPS zal vergoeden. Door het LNAZ is een inschatting gemaakt van de kosten die zij in totaal zullen maken voor het LCPS. Op basis van deze inschatting is in de dienstverleningsovereenkomst tussen het LNAZ en VWS ten behoeve van het LCPS afgesproken dat het LNAZ een voorschot krijgt van € 4 miljoen. In overleg kan een aanvullend voorschot worden verleend. In de eerste supplettoire begroting is rekening gehouden met € 5 miljoen aan kosten voor de LNAZ en € 0,5 miljoen voor patiëntenvervoer.

Vraag 49

Komen bijvoorbeeld de kosten van noodopvang (Rotterdam, Maastricht) ook ten laste van begrotingsartikel 2?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn antwoorden die ik eerder heb gegeven op de vragen van het Kamerlid Van Gerven (SP) over het bericht «Geen goedkeuring: zorgverzekeraar betaalt noodhospitaal niet» van 27 mei 2020 met kenmerk 1696413–205767-LZ.

Vraag 50

Is er overleg met zowel zorgorganisaties en/of instellingen en zorgverzekeraars over de meerkosten als gevolg van de coronacrisis (bijvoorbeeld over de kosten van de noodopvang in Rotterdam en Maastricht)?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Van Gerven (SP) over het bericht «Geen goedkeuring: zorgverzekeraar betaalt noodhospitaal niet» die 27 mei aan uw Kamer zijn gezonden.

Vraag 51

Is al meer bekend over de kostenverdeling van de niet-gebruikte locaties voor noodopvang in Rotterdam en Maastricht? In hoeverre is de kans aanwezig dat u een gedeelte van deze kosten via de VWS-begroting voor uw rekening neemt?

Antwoord:

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn antwoorden die ik eerder heb gegeven op de vragen van het Kamerlid Van Gerven (SP) over het bericht «Geen goedkeuring: zorgverzekeraar betaalt noodhospitaal niet» van 27 mei 2020 met kenmerk 1696413–205767-LZ.

Vraag 52

«In 2040 is de ziektelast als gevolg van een ongezonde leefstijl en ongezonde leefomgeving met 30% afgenomen», betekent deze missie dat ook expliciet wordt ingezet op de verankering in het beleid van een groene leefomgeving? Zo ja, hoe kan het dat «groene leefomgeving» – als bewezen gezond – niet in het jaarverslag genoemd wordt, terwijl dit wel expliciet in het Nationaal Preventieakkoord is opgenomen? In hoeverre is het mogelijk om beleid op een gezonde (groene) leefomgeving – ter bevordering van positieve gezondheid – op te nemen in de inkoopcriteria van de Wlz, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en de Zorgverzekeringswet?

Antwoord:

De vermelde missie is onderdeel van het Topsectorenbeleid. Dit beleid is er op gericht om tot publiek private samenwerking te komen waarbij de missies die vanuit de verschillende departementen zijn meegegeven, leidend zijn. Het opnemen van een gezonde (groen) leefomgeving in de inkoopcriteria van de Wlz, de WMO en de ZVW is aan de partijen die krachtens deze wet de inkoop verrichten. Gelet op de inhoud van deze wetten, ligt het niet voor de hand om dergelijke criteria op te nemen. Het ruimtelijk ordeningsbeleid dat ziet op de inrichting van de fysieke omgeving, sluit hier beter bij aan. De lokale overheden hebben hier een belangrijke rol in. In de uitvoeringsagenda van de NOVI is er specifiek aandacht voor een gezonde leefomgeving.

Vraag 53

Waar is de korting van € 133 miljoen op de VWS-begroting die in tabel 6.2 van de Voorjaarsnota wordt genoemd terug te vinden in de eerste suppletoire begroting VWS?

Antwoord:

De korting is verdeeld over meerdere beleidsartikelen op de begroting. In de eerste suppletoire begroting wordt uw Kamer op artikelniveau met een ondergrens van € 2,5 miljoen geïnformeerd. De € 133 miljoen uit de Voorjaarsnota is verspreid over alle artikelen op de VWS-begroting.

Vraag 54

Ten koste van welke voorgenomen uitgaven is de Voorjaarsnota-korting op de VWS-begroting van € 133 miljoen ingeboekt?

Antwoord:

De korting is ingeboekt met als doel het budget op de VWS-begroting zo goed mogelijk te alloceren en onderuitputting aan het eind van het jaar zoveel mogelijk te beperken. Er is gekozen voor maatwerk per artikel. Uw Kamer wordt in de reguliere begrotingsstukken bij Najaarsnota en Financieel Jaarverslag Rijk over de uitputting van de begroting geïnformeerd.

Vraag 55

Naar welke zorglocaties zijn hoeveel beademingsapparaten gestuurd? Kunt u een overzicht aangeven?

Antwoord:

In overleg met het LCPS is steeds geïnventariseerd waar de behoefte het grootst is en aan die locaties (zowel in Nederland als in Caribisch Nederland) zijn de apparaten op dat moment ook beschikbaar gesteld. Een stabiel eindplaatje is nog niet te geven omdat er nog wordt geschoven met de apparatuur, zowel tussen als binnen ziekenhuizen. Afhankelijk van de precieze invulling van de opschalingsplannen van de IC-capaciteit zal mogelijk ook nog een herverdeling van beademingsapparatuur plaatsvinden.

Vraag 56

Kunt u toelichten waar de problematiek op de VWS-begroting bij het artikel «Medisch specialistische zorg» uit ontstaan is?

Antwoord:

Ter dekking van problematiek op de VWS-begroting is in de eerste suppletoire begroting een korting op artikelniveau verwerkt. Uw vraag ziet toe op de toelichting onder artikel 2 van de eerste suppletoire begroting. De problematiek waar de korting voor ingezet is betreft o.a. een intensivering voor medicatieveiligheid. In het landelijke programma Medicatieoverdracht ondersteunt het Ministerie van VWS partijen bij het implementeren van de richtlijn Medicatieoverdracht en de bijbehorende informatiestandaarden. De medicatieveiligheid wordt sterk verbeterd door een goede elektronische overdracht van medicatiegegevens door zorgverleners in de keten

Vraag 57

Kunt u aangeven welke maatregelen tot nu toe genomen zijn om onverzekerde verzekeringsplichtigen alsnog te verzekeren?

Antwoord:

Sinds 2009 vindt er continue (periodieke) opsporing van onverzekerde verzekeringsplichtigen plaats die zijn ingeschreven in de Basis Registratie Personen (BRP) bij een gemeente. Het CAK schrijft deze personen aan en biedt ze de gelegenheid binnen drie maanden alsnog een verzekering te sluiten of aan te geven waarom ze niet verzekeringsplichtig zouden zijn. Als de verzekeringsplicht juist blijkt kan na twee keer een boete volgen, alvorens een onverzekerde verzekeringsplichtige ambtshalve door het CAK verzekerd wordt bij een van de zorgverzekeraars. Iemand betaalt dan gedurende een jaar in plaats van een nominale premie een hogere bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Na afloop van dat jaar is betrokkene in beginsel weer vrij zelf een zorgverzekeraar te kiezen.

Vraag 58

Welke acties kunnen verwacht worden om onverzekerde verzekeringsplichtigen alsnog te verzekeren?

Antwoord:

Onverzekerde verzekeringsplichtige personen kunnen alleen worden opgespoord indien zij staan ingeschreven in de BRP bij een gemeente. Als iemand niet is ingeschreven komt iemand alleen in beeld als er zorg wordt gegeven en deze zorg wordt gemeld bij het meldpunt onverzekerden. Deze melding is verplicht als een zorgaanbieder de kosten van zorg wil declareren op grond van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Dit betreft voornamelijk zorg aan dak- en thuisloze

personen zonder woon- of briefadres en personen met verward gedrag, alsmede (niet-verzekeringsplichtige) onverzekerde buitenlanders. Door de genoemde meldingsplicht komt een deel van de onverzekerde personen in beeld bij de GGD en gemeenten en wordt – zo blijkt uit rapportages van alle GGD-regio's – door gemeenten of GGD meestal actie ondernomen. De GGD verzamelt de gegevens over de verleende zorg en zet dit door aan de oggz en/of de gemeenten. Een deel van de gemeenten geeft aan dat getracht wordt mensen bereid te vinden of te helpen om een zorgverzekering te sluiten. Verschillende gemeenten en regio's melden ook dat dit veel inspanning vergt, vaak gegevens ontbreken of mensen niet (meer) vindbaar zijn, of dat soms mensen geen zorgverzekering willen.

Vraag 59

Kunt u meer inzicht geven in de aantallen onverzekerden? Is een trend te zien in dat aantal en zo ja, welke?

Antwoord:

In de VWS-Verzekerdenmonitor die jaarlijks aan uw Kamer wordt gezonden worden de aantallen onverzekerde personen die in het proces van de opsporing zitten vermeld. In de periode vanaf 2011 tot en met 2018 zijn in totaal 578.763 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtige. Het grootste gedeelte hiervan heeft vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren voor de Zvw (315.852);
- te betwisten dat zij Wlz-verzekeringsplichtig zijn (224.881)

Het aantal onverzekerde personen dat maandelijks in- en uit de opsporing loopt bedraagt ca. 3.000. Tussen het in- en uitstromen kan een persoon geregistreerd staan als actief onverzekerd (fase van aanschrijving en boete oplegging) of ambtshalve verzekerd. In dit proces zitten gemiddeld ca. 25.000 personen.

Tabel De totalen van maart 2011 tot en met 2018 (bron: CAK)

Reden uitschrijving	Totaal
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	315.852
Ambtshalve verzekerd	33.785
Niet (meer) Wlz-verzekerd	224.881
Overig*	4.245
Totaal	578.763

Uit het totaal aantal meldingen van verleende medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen aan het meldpunt onverzekerden blijkt dat de aantallen maandelijks fluctueren maar wel stijgen. Die stijging is het gevolg van de versoepeling van de regeling, de grotere bekendheid van zorgverleners met deze regeling en toename van het aantal dak- en thuislozen.

Tabel Aantal meldingen per jaar (bron: GGDGHOR)

Jaar	Aantal meldingen
2017	2.270
2018	5.962
2019	14.599
2020	6.885 (t/m april)

Vraag 60

Hoe wordt besloten of en hoe de meerkosten in de acute zorg als gevolg van de coronacrisis worden vergoed? Wanneer loopt dit via de

VWS-begroting en hoe verhoudt dit zich tot de overige extra kosten in de zorg als gevolg van de coronacrisis?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 3 en 15.

Vraag 61

Waarom is het budget voor bovenregionaal gehandicaptenvervoer neerwaarts bijgesteld met € 3,5 miljoen?

Antwoord:

Het budget voor het bovenregionaal sociaal recreatief vervoer voor mensen met een mobiliteitsbeperking (Valys) is op grond van een voorlopige raming naar beneden bijgesteld. Dit doet overigens niets af van de hoogte van het persoonlijk kilometerbudget van pashouders in het betreffende jaar.

Vraag 62

Welk percentage van de € 19 miljoen die toegevoegd wordt aan de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) is bestemd voor visievorming, welk deel voor opschaling en welk deel voor onderzoek?

Antwoord:

De € 19 miljoen is ingezet voor de tijdelijke SET Covid-19 (en niet voor de reguliere SET). Om aanbieders van ondersteuning, zorg of jeugdhulp te helpen zorg op afstand te kunnen leveren gedurende de coronacrisis is de SET Covid-19 opengesteld (de huidige SET blijft ook beschikbaar). Deze tijdelijke uitbreiding van de SET stelt per aanvraag een vast subsidiebedrag van € 50.000 beschikbaar voor de aanschaf, lease en implementatie van e-health toepassingen die bijdragen aan de continuïteit van ondersteuning of zorg op afstand voor thuiswonende cliënten ten tijde van de coronacrisis. 460 aanbieders van ondersteuning en zorg hebben subsidie ontvangen. Inmiddels is de SET Covid-19 gesloten voor aanvragers, omdat het subsidieplafond is bereikt.

Vraag 63

Hoeveel zorgaanbieders maken momenteel gebruik van de SET? Op hoeveel zorgaanbieders stond de teller voor de coronacrisis?

Antwoord:

In 2019 en 2020 is in totaal aan 42 aanvragers voor de SET subsidie verleend. In 2019 is aan 38 aanvragers subsidie verleend. Op dit moment zijn 29 aanvragen nog in behandeling. Naast de verleningen onder de reguliere SET is in 2020 aan 460 zorgaanbieders subsidie verleend vanuit de SET COVID-19.

Vraag 64

Hoe kan er «abusievelijk» € 3,4 miljoen te veel worden overgeboekt van Aanbesteden Sociaal Domein naar Opdrachten?

Antwoord:

In het kader van de structuuraanpassing van artikel 3.1 is er ten onrechte € 3,4 miljoen overgeboekt van instrument Aanbesteden Sociaal Domein naar het instrument Opdrachten Overig. Dit is een fout, heeft geen inhoudelijke reden en wordt per Tweede Supplettoire Wet gecorrigeerd.

Vraag 65

Wat wordt precies bedoeld met «het programma Waardigheid en trots laat een andere liquiditeitsbehoefte zien»? Aan welke criteria die hier vooraf

mee gemoeid waren wordt niet voldaan? Hoe wordt nu invulling gegeven aan de behoefte van meer kwaliteit van leven in de verpleeghuiszorg?

Antwoord:

Hiermee wordt bedoeld dat de middelen niet in 2020 maar later nodig zijn. Dit komt m.n. omdat er minder deelnemende locaties zijn dan aanvankelijk geraamd. De ondersteuningsbehoefte per locatie is echter hoger dan verwacht. Dit vraagt om een aanpassing van het kasritme.

Vraag 66

Kunt u de € 11,8 miljoen meeruitgaven aan PGB 2.0 specificeren? Welk bedrag was gemoeid met extra uitgaven aan het PGB 2.0 systeem, welk bedrag met beheer en welk bedrag met communicatie?

Antwoord:

Bij eerste supplettoire begroting in 2020 is € 11,8 miljoen beschikbaar gesteld voor PGB2.0. Van de € 11,8 miljoen heeft € 10,4 miljoen betrekking op beheer en doorontwikkeling van het PGB2.0-systeem. Daarnaast is meer inzet nodig om de verstrekkers te ondersteunen bij de conversie en invoeren ad € 1,2 miljoen en wordt meer effort ingezet op communicatie aan budgethouders en zorgverleners ad € 0,2 miljoen.

Vraag 67

Hoe bereidt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zich voor op de door de coronacrisis uitgestelde indicatie-aanvragen voor de Wlz?

Antwoord:

Vanwege de coronacrisis is de indicatiestelling voor de Wet langdurige zorg (Wlz) door het CIZ op enkele punten aangepast. Om de reguliere instroom in de Wlz zoveel mogelijk door te laten lopen was er een tijdelijke registratieve werkwijze ingericht voor opname in het verpleeghuis. Bij aanvragen die via deze route binnenkwamen heeft het CIZ geen onderzoek naar de zorginhoudelijke toegangscriteria uitgevoerd, waardoor ziekenhuizen en zorgaanbieders in de Wlz zijn ontlast en zij alle energie en tijd op het leveren van zorg konden richten. De werkwijze is op 1 juni jl. stopgezet omdat het aantal aanvragen fors bleek af te nemen.

Daarnaast zijn de huisbezoeken die het CIZ normaal uitvoert als onderdeel van het onderzoek tijdelijk helemaal stilgelegd. Inmiddels worden de huisbezoeken langzaam weer opgestart bij zorginstellingen, waarbij het CIZ steeds bekijkt of de huisbezoeken ook op andere plekken weer uitgebreid kunnen worden. Wanneer dit nog niet kan wordt er in overleg met de betrokkenen naar een passende oplossing gezocht, zoals een afspraak via videobellen. In de meeste situaties heeft het CIZ dan ook gewoon een besluit kunnen nemen, het indicatieproces is niet stil komen te liggen. Het is wel voorgekomen dat aanvragen tijdelijk zijn opgeschort, omdat een huisbezoek noodzakelijk was voor het afgeven van een indicatie. Hierbij betreft het vooral aanvragen vanuit de Wet zorg en dwang (Wzd), met name als het gaat om cliënten die nog thuis wonen. Om deze reden ligt de prioriteit van de versoepelingen van de huisbezoeken dan ook bij de Wzd-aanvragen. Het aantal opschortingen in het algemeen is enigszins beperkt gebleven, omdat het CIZ het aantal aanvragen geleidelijk heeft zien dalen. Dit is deels een seizoenseffect (het aantal aanvragen in Q2 is altijd lager dan in Q1), maar komt deels ook door de crisis. Door het geleidelijk opstarten van de huisbezoeken zullen de aanvragen gereguleerd weer op gang worden gebracht.

Vraag 68

Hoeveel extra (voormalige) zorgprofessionals kunnen in de zorg worden ingezet met behulp van onder andere korte trainingen tegen de bestrijding van het coronavirus nu daar € 24,8 miljoen voor wordt ingezet?

Antwoord:

Met de subsidie SectorplanPlus wordt in het vierde tijdvak de mogelijkheid geboden extra opleidingsactiviteiten uit te voeren vanwege de te leveren zorg in verband met COVID-19. Ongeveer 40.000 zorgprofessionals kunnen extra bijscholing krijgen.

Vraag 69

Hoe hoog is de tegemoetkoming voor zorgverleners die te maken hebben gehad met COVID-19 en aan de gevolgen zijn overleden of na een IC-behandeling dusdanige schade hebben overgehouden dat arbeidsongeschiktheid is ontstaan? Hoeveel zorgverleners betreft di

Antwoord:

Zorgverleners die op de IC hebben gelegen en nabestaanden van zorgverleners die zijn overleden kunnen aanspraak maken op het steunfonds voor zorgverleners met corona van het private initiatief van de Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (ZWIC). Arbeidsongeschiktheid wordt door dit fonds niet gedekt.

De eenmalige financiële bijdrage voor zorgverleners die op de intensive care hebben gelegen is € 30.000,-. De vergoeding voor nabestaanden van zorgverleners die zijn overleden is € 50.000,-. Beide bedragen zijn vrijgesteld van schenkingsbelasting vanwege de ANBI-status en worden tevens niet meegenomen in de inkomstenstoetsen voor toeslagen.

Sinds 1 mei zijn bij de Stichting ZWIC in totaal negen aanvragen ontvangen. Van deze aanvragen zijn er acht van zorgverleners die op de IC hebben gelegen en is er één aanvraag ingediend door nabestaanden van een zorgverlener.

Van de IC aanvragen is er één toegewezen en zijn er zeven in behandeling bij de beoordelingscommissie van de stichting ZWIC. De aanvraag door nabestaanden is toegewezen.

Vraag 70

Hoeveel mensen maken tot nu toe gebruik van stichting ZWIC (Zorg na Werk in Coronazorg)? Bij hoeveel personen gaat het hierbij om een zorgverlener die is overleden en bij hoeveel personen gaat het om arbeidsongeschiktheid?

Antwoord:

Zorgverleners die op de IC hebben gelegen en nabestaanden van zorgverleners die zijn overleden kunnen aanspraak doen op het steunfonds voor zorgverleners met corona van het private initiatief van de Stichting Zorg na Werk in Coronazorg (ZWIC). Arbeidsongeschiktheid wordt door dit fonds niet gedekt.

Sinds 1 mei zijn bij de Stichting ZWIC in totaal negen aanvragen ontvangen. Van deze aanvragen zijn er acht van zorgverleners die op de IC hebben gelegen en is er één aanvraag ingediend door nabestaanden van een zorgverlener. Van de IC aanvragen is er één toegewezen en zijn er zeven in behandeling bij de beoordelingscommissie van de stichting ZWIC. De aanvraag door nabestaanden is toegewezen.

Vraag 71

Hoeveel extra personeel is toe nu toe ingezet en ingewerkt tijdens de coronacrisis? Hoeveel extra personeel was dit per sector? In hoeverre blijft dit personeel behouden voor de zorg?

Antwoord:

Via Extra Handen voor de Zorg zijn er ongeveer 7.800 vrijwilligers gekoppeld aan organisaties waar de nood hoog was en die (tijdelijk) om extra handen verlegen zaten. Er is geen zicht op hoeveel van hen daadwerkelijk ook zijn ingezet door de zorgorganisaties. De meeste vrijwilligers die via Extra Handen voor de Zorg aan de slag zijn (gegaan); doen dat naast hun reguliere baan voor bepaalde periode (in de meeste gevallen een aantal weken) en een beperkt aantal dagdelen per week. Het komt mogelijk ook voor dat men het werken in de zorg zo leuk vindt dat ze van baan wisselen en weer volledig in de zorg gaan werken. Maar de verwachting is dat het hier toch vooral gaat om mensen die bereid zijn om tijdelijk bij te springen mocht de nood weer zo hoog worden als afgelopen periode. Zij zijn in de crisis opgestaan en geven aan dat daar waar de nood hoog is, zij bereid zijn om tijdelijk in te springen naast hun reguliere baan. Dat waardeer ik enorm. Om die mensen te behouden vindt er een uitvraag plaats onder de mensen die zich hebben aangemeld, met de vraag of ze in de toekomst weer bereid zijn tijdelijk bij te springen indien de nood hoog is.

Vraag 72

Kunt u aangeven wat het gemiddelde brutosalaris en het nettosalaris is van een helpende, verzorgende, verzorgende IG, mbo-verpleegkundige, hbo-verpleegkundige en gespecialiseerde verpleegkundige?

Antwoord:

Ik beschik niet over registratiedata met betrekking tot de bruto en nettosalariissen van de genoemde beroepen. Op basis van salarisschalen in cao's en informatie over inschaling kan iets gezegd worden over het (start)salaris van een bepaald beroep. Bij de genoemde beroepen gaat het echter om veel verschillende cao's en ontbreekt informatie over de verdeling van werknemers over schalen en tredes, waardoor geen inschatting kan worden gemaakt van het gemiddelde salaris. Wel is er registratiedata beschikbaar over het gemiddelde salaris van verpleegkundigen. Verpleegkundigen verdienen bij een full-time dienstverband in 2015 gemiddeld 51.300 bruto per jaar inclusief bijzondere beloning (bron: cbs statline). In dit cijfer zijn mbo-verpleegkundigen, hbo-verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten meegenomen.

Vraag 73

Wat zijn de gemiddelde opleidingskosten voor een helpende, verzorgende, verzorgende IG, mbo-verpleegkundigen, hbo-verpleegkundige en gespecialiseerde verpleegkundige?

Antwoord:

De opleidingen voor helpende, verzorgende, verzorgende IG, mbo-verpleegkundige en hbo-verpleegkundige vallen onder de verantwoordelijkheid van de Minister van OCW, die ook voorziet in de bekostiging van deze opleidingen. De opleidingen tot gespecialiseerd verpleegkundige worden niet uit de begroting van VWS, maar door middel van de beschikbaarheidsbijdrage kostendekkend gefinancierd door het Ministerie van VWS en worden betaald uit het Zorgverzekeringsfonds. Hiervoor is jaarlijks tussen de 150 en 200 miljoen euro beschikbaar, afhankelijk van hoeveel er wordt opgeleid door de ziekenhuizen. De kosten per opleidingsplek verschillen per specialisatie en liggen tussen de € 42.600 en € 79.000.

Vraag 74

Wat zijn de gemiddelde werkgeverslasten voor een helpende, verzorgende, verzorgende IG, mbo-verpleegkundigen, hbo-verpleegkundige en gespecialiseerde verpleegkundige en medisch specialist?

Antwoord:

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 72, beschik ik niet over registratiedata met betrekking tot de brutosalarissen van de genoemde beroepen. Hierdoor kan ook geen inschatting worden gemaakt van de gemiddelde werkgeverslasten.

Vraag 75

Wat is het gemiddelde bruto maandsalaris van een verzorgende in de verschillende zorgbranches? In welke salarisschaal zitten zij?

Antwoord:

Ik beschik niet over registratiedata met betrekking tot de brutosalarissen van verzorgenden in de verschillende zorgbranches. Op basis van salarisschalen in cao's en informatie over inschaling kan iets gezegd worden over het (start)salaris van een verzorgende. Informatie over de verdeling van werknemers over schalen en tredes ontbreekt echter, waardoor geen inschatting kan worden gemaakt van het gemiddelde salaris.

De meeste verzorgenden zijn werkzaam in de branche verpleging, verzorging en thuiszorg en worden afhankelijk van de functiezwarte doorgaans ingeschaald in FWG 35 of 40.

Vraag 76

Hoe hoog zijn de personeelstekorten op dit moment in de zorg? Kunt u dit aangeven per sector?

Antwoord:

In de voortgangsrapportage van het actieprogramma Werken in de Zorg van 22 mei 2019 heb ik aangegeven dat het verwachte tekort aan zorgpersoneel in 2022 circa 80 duizend personen bedraagt. Actuele gegevens over de tekorten per branche komen na de zomer beschikbaar als de nieuwe arbeidsmarktprognose gereed is.

Onderstaand is per branche aangegeven wat het gemiddelde aantal vacatures per werkgever in de verschillende branches is en welk aandeel daarvan moeilijk vervulbaar is (tweede helft 2019). Dit geeft een indicatie hoeveel moeite het werkgevers kost om vacatures in te vullen.

	Gemiddeld aantal openstaande vacatures per werkgever	Waarvan moeilijk vervulbaar
Zorg en welzijn totaal (excl. kinderopvang)	1,7	70,7%
Ziekenhuizen en UMC	5,3	67,8%
GGZ	4,2	76,0%
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	0,5	79,6%
Verpleging, verzorging en thuiszorg	6,1	66,8%
Gehandicaptenzorg	2,1	54,4%
Jeugdzorg	1,3	56,3%
Sociaal werk	0,8	34,3%
Overige zorg en welzijn	0,7	78,0%

Bron: werkgeversenquête AZW, 2^e meting 2019

Vraag 77

Kunt u een overzicht geven van de instroom- en uitstroom van zorgverleners per beroep en per sector vanaf 2015 t/m heden?

Antwoord:

Zie in de onderstaande tabellen de instroom en uitstroom van werknemers per branche. Ik beschik niet over actuele instroom- en uitstroomcijfers per beroep.

Instroom in de sector zorg en welzijn

Perioden	2015	2016	2017	2018	2019
Universitair medische centra	5.820	6.110	7.080	7.230	7.480
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	18.370	15.500	16.700	17.600	18.580
Geestelijke gezondheidszorg	7.700	7.820	9.320	10.320	9.440
Huisartsen en gezondheidscentra	2.460	2.550	2.780	2.970	3.120
Overige zorg en welzijn	17.370	17.860	18.560	18.210	18.760
Verpleging, verzorging en thuiszorg	36.570	39.970	46.980	55.110	63.220
Gehandicaptenzorg	15.660	17.060	19.420	19.770	20.020
Jeugdzorg	2.800	3.560	4.420	4.560	4.760
Sociaal werk	9.110	10.360	10.560	10.920	11.420

Bron: CBS, AZW StatLine Uitstroom uit de sector zorg en welzijn

Perioden	2015	2016	2017	2018	2019
Universitair medische centra	5.570	5.580	5.550	6.100	6.400
Ziekenhuizen en overige med. spec. zorg	15.080	14.400	15.510	16.860	15.450
Geestelijke gezondheidszorg	8.810	7.900	7.960	7.660	8.120
Huisartsen en gezondheidscentra	2.390	1.900	1.860	2.340	2.220
Overige zorg en welzijn	16.730	16.070	17.040	15.030	15.140
Verpleging, verzorging en thuiszorg	53.750	45.420	38.410	37.950	38.870
Gehandicaptenzorg	15.840	14.550	13.520	14.280	14.030
Jeugdzorg	4.280	3.830	3.290	4.170	3.910
Sociaal werk	8.780	8.880	9.290	10.320	9.130

Bron: CBS, AZW StatLine

Vraag 78

Hoe groot is de benodigde (extra) capaciteit aan zorgverleners de komende jaren (t/m 2030)? Kunt u dit aangeven per zorgberoep?

Antwoord:

Data over de benodigde capaciteit aan zorgverleners tot en met 2030 komen na de zomer beschikbaar. Op dit moment zijn er geen actuele prognoses.

Vraag 79

Circa 1,2 miljoen mensen werken in de zorg, maar waar bestaan deze beroepsgroepen precies uit? Hoe groot is het aantal verpleegkundigen en hoe zijn deze verdeeld onder de verschillende branches (ziekenhuis, huisartsen, ggz, gehandicaptenzorg, etc)? Hoeveel verzorgenden werken in totaal in de zorg en hoe is dit verdeeld over de verschillende branches? Hoeveel verzorgenden werken bijvoorbeeld in de thuiszorg, wijkverpleging, ouderenzorg en gehandicaptenzorg?

Antwoord:

In onderstaande tabel is het aantal verpleegkundigen, verzorgenden (niveau 3), helpenden en zorg hulpen per branche weergegeven. De data zijn gebaseerd op de AZW Werknemersenquête uit de eerste helft van 2019. De data zijn indicatief en afgerond op honderden werknemers (als er een punt in plaats van een waarde staat, waren er voor die groep onvoldoende respondenten in de enquête om een betrouwbare uitspraak te doen). Zzp'ers vallen buiten deze cijfers.

Zorg en welzijn totaal (exclusief kinderopvang)	verpleegkundigen	verzorgenden	helpenden	zorghulp
Universitair Medisch Centrum	16.800	.	.	.
Ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg	65.800	.	.	.
Geestelijke gezondheidszorg	21.600	.	.	.
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	8.500	.	.	.
Verpleging, verzorging en thuiszorg	67.900	145.300	23.800	25.200
Gehandicaptenzorg	11.900	5.900	.	1.300
Jeugdzorg	1.600	.	.	.
Sociaal werk	1.300	.	.	.
Overige zorg en welzijn	9.900	9.000	2.500	16.600
Totaal	205.400	164.400	27.500	44.100

Vraag 80

Wat wordt precies verstaan onder «gezonde leefomgeving»? In hoeverre heeft dit betrekking op de verdere uitwerking van het «gezonde groene leefomgeving concept» zoals in het Nationaal Preventieakkoord genoemd? In hoeverre wordt het buiten sporten hier verder in bevorderd?

Antwoord:

Een gezonde leefomgeving is een breed begrip. Het RIVM omschrijft een gezonde leefomgeving als een leefomgeving die als prettig wordt ervaren, die uitnodigt tot gezond gedrag en waar de druk op de gezondheid zo laag mogelijk is. Hierbij hoort ook het zodanig inrichten van de fysieke omgeving dat deze uitnodigt tot bewegen en buiten sporten. De lokale overheden hebben hier een belangrijke rol in. In de uitvoeringsagenda van de NOVI is hier ook specifiek aandacht voor.

Vraag 81

Wanneer kan de Kamer de contourennota verwachten? Welke organisaties worden betrokken bij het op te stellen beleid?

Antwoord:

De contourennota komt naar verwachting eind van het jaar uit. Voor het uitkomen zal er een brede veldconsultatie plaatsvinden.

Vraag 82

Kunt u toelichten waarom het niet in alle gevallen mogelijk is om de huisartseninformatie van speciale corona-huisartsenpraktijken in te kunnen zien? Op welke manier wordt deze informatie digitaal ontsloten?

Antwoord:

Vanwege de inrichting van specifieke huisartsenposten voor COVID-19 komen veel mensen niet bij hun eigen huisarts maar bij een huisartsenpost (HAP). De daarbij voor triage benodigde informatie is in de praktijk vaak bij de eigen huisarts voorhanden, maar door het ontbreken van een toestemmingskeuze niet altijd beschikbaar op de HAP. Deze informatie wordt nu tijdelijk op de HAP en SEH beschikbaar gesteld als de patiënt daar (mondeling) toestemming voor geeft op het moment van opvragen. Het gaat dan om de zogenaamde professionele samenvatting van de huisarts met daarin de belangrijkste gegevens die voor een adequate behandeling nodig zijn.

Voor het opvraagbaar maken van deze huisartsinformatie, voor nog onbekend later gebruik ten behoeve van waarneming en spoed, is uitdrukkelijke toestemming noodzakelijk. In dat geval is namelijk de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) van toepassing.

Op dit moment hebben 7,6 miljoen Nederlanders aangegeven dat zij hier toestemming voor geven. Slechts een klein deel heeft deze toestemming expliciet geweigerd. De overige Nederlanders hebben nog geen keuze omtrent toestemming kenbaar gemaakt. Op verzoek van zorgverleners en de Patiëntenfederatie en met instemming met Autoriteit Persoonsgegevens (AP), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Openbaar Ministerie (OM) is een beleidslijn opgesteld waarbij voor deze groep die nog geen keuze kenbaar heeft gemaakt, deze gegevens onder voorwaarden tijdelijk wel beschikbaar gesteld kunnen worden voor de triage en behandeling van COVID-19 (verdachte) patiënten.

De patiënt wordt mondeling om instemming gevraagd wanneer de noodzakelijke medische informatie dient te worden geraadpleegd. Als de patiënt geen toestemming geeft, dan worden zijn gegevens niet geraadpleegd. Als de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten mag de zorgverlener toestemming voor de raadpleging veronderstellen als dat voor de zorgverlening noodzakelijk is. Niet raadpleegbaar blijven de gegevens van patiënten die uitdrukkelijk geen toestemming hebben verleend of zullen verlenen.

Vraag 83

Welk bedrag wordt er in 2020 in totaal uitgegeven aan KIK-V (Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg)? Hoe hoog is dit bedrag tot nu toe in totaal, ongeacht in welk jaar?

Antwoord:

De voorziene uitgaven aan KIK-V in 2020 bedragen € 4,8 miljoen. De totale financiering over de periode 2018–2020 bedraagt daarmee € 11.770.000.

Vraag 84

Wat is de reden van de onderbesteding bij artikel 5 Jeugd op de post «Jeugdinstel»? In hoeverre wordt het bedrag later alsnog uitgegeven?

Antwoord:

Het betreft een onderbesteding op de jaarlijkse instellingssubsidies voor Schippersinternaten. Deze instellingen hebben minder subsidie aangevraagd dan begroot. Voor volgend jaar is er wederom budget gereserveerd om de aangevraagde subsidies te kunnen verlenen.

Vraag 85

Hoe komt het dat meer aanvragen worden gedaan voor tegemoetkomingen specifieke zorgkosten en dat de Belastingdienst ze sneller afhandelt?

Antwoord:

Een tegemoetkoming specifieke zorgkosten (TSZ) wordt niet op aanvraag verleend, maar volgt rechtstreeks uit de aangifte Inkomstenbelasting, in een separate beschikking. Er is sprake van twee effecten. Ten eerste blijkt dat meer mensen zorgkosten hebben gehad die zij wel in de aangifte konden aftrekken maar waarbij geen betaalde belasting tegenover de aftrek stond. De tegemoetkoming specifieke zorgkosten en de belastingdruk zijn voor deze doelgroep vaak communicerende vaten, waardoor een lagere absolute belastingdruk tot een hoger recht op TSZ kan leiden. Ten tweede volgen beschikkingen TSZ op definitieve aanslagen Inkomstenbelasting en worden deze aanslagen steeds sneller opgelegd. De Belastingdienst slaagt er steeds beter in om in de actualiteit te werken. Daarbij ontvangen burgers steeds vaker geen voorlopige aanslag meer, maar direct een definitieve. De verbetering van de vooringevulde gegevens, het minder voorkomen van belemmeringen voor een versnelde definitieve aanslag (zoals een nog niet afgeronde aangifte van een eerder

jaar) en versterking in de gehele keten van aangiftebehandeling zorgen ervoor dat dit tempo omhoog is gegaan.

Vraag 86

Kunt u aangeven rondom welke specifieke zorg de kosten zich vooral zullen concentreren?

Antwoord:

De meest recente beschikbare gegevens hierover zijn gegevens uit de aangifte inkomstenbelasting 2018. In die aangifte worden negen categorieën aftrekbare zorgkosten onderscheiden. De drie grootste categorieën qua bedrag van de aftrek betreffen genees- en heelkundige hulp (36%), hulpmiddelen (14%) en vervoer (13%).

Vraag 87

Kunt u aangeven hoe groot de bijdrage van Duitsland, Engeland en Noorwegen is aan de CEPI, dat zich bezighoudt met de ontwikkeling van een vaccin tegen COVID-19?

Antwoord:

De CEPI-toezegging voor de ontwikkeling van een COVID-19 vaccin van Duitsland is 260 miljoen USD, van Engeland is 278 miljoen USD en van Noorwegen is 210 miljoen USD. Zie voor andere landen de tabel bij het antwoord op vraag 13.

Vraag 88

Kunt u een overzicht geven van aantallen fte en van soorten functies die zijn of worden aangesteld met de verhoging van € 18,3 miljoen van het personeelsbudget van het Ministerie van VWS?

Antwoord:

Naast de al genoemde kosten in de suppletoire begroting 2020 (o.a. uitvoering banenafpraak, programma Privacy, diverse subsidieregingen) is het kerndepartement van VWS in de eerste vijf maanden van 2020 gegroeid met per saldo 49,1 fte. Deze toename bestaat voornamelijk uit senior beleidsmedewerkers (32,2 fte), senior adviseurs (6,4 fte), coördinerend beleidsmedewerkers (4,5 fte), senior adviseur bedrijfsvoering (4,3 fte) en project- en programmamanagers (3,1 fte).

Vraag 89

Hoe hoog bedraagt het aantal fte's, van het aantal personeelsleden dat extra is aangenomen vanwege de coronacrisis, dat na de coronacrisis in dienst van het Ministerie van VWS kan blijven?

Antwoord:

De coronacrisis is binnen VWS in de eerste plaats opgevangen met het eigen personeel. VWS-medewerkers zijn waar nodig en waar mogelijk ingezet op de diverse werkzaamheden die de crisis met zich meebracht. Ook vanuit andere departementen is op sommige dossiers tijdelijk bijgesprongen.

Vraag 90

Hoe wordt jaarlijks de benodigde formatie voor het Ministerie van VWS bepaald? Waarom was deze budgetverhoging van 12% niet voorzien in de ontwerpbegroting 2020?

Antwoord:

De eerste suppletoire begroting is het eerste moment, na het opstellen van de ontwerpbegroting, waarbij het budget voor eigen personeel kan worden bijgesteld. Tussen het opstellen van de ontwerpbegroting en de

eerste suppletore begroting zit een relatief groot tijdsbestek van circa 7 maanden. Om invulling te geven aan de uitvoering van beleidsprioriteiten en krapte in de bestaande formatie in relatie tot de beleidsplannen, wordt bij een aantal directies het budget verhoogd.

Vraag 91

In hoeverre leidt de coronacrisis tot uitbreiding van personele capaciteit op het Ministerie van VWS van eigen personeel of externen? Is dat ook (deels) al meegenomen in de personele mutaties in deze suppletore begroting?

Antwoord:

Een uitbreiding van personele capaciteit veroorzaakt door de Coronacrisis is vooralsnog niet aan de orde geweest.

Vraag 92

Kan er een uitsplitsing komen in aantallen vaste-, tijdelijke- en flexcontracten betreffende de uitbreiding van de personele capaciteit op het Ministerie van VWS?

Antwoord:

In de eerste vijf maanden van 2020 is VWS gegroeid met 110,7 fte. Daarvan is het aandeel vaste contracten toegenomen met 99,2 fte en het aandeel tijdelijke contracten met 11,5 fte. Dat wil zeggen, na instroom, uitstroom en doorstroom van medewerkers is bij VWS-concern het aantal fte met een vast contract toegenomen met 99,2 fte en het aantal fte met een tijdelijk contract met 11,5 fte.

Voor het kerndepartement geldt dat het aandeel vaste contracten met 34,5 fte is gegroeid en het aandeel tijdelijke contracten met 14,6 fte is gegroeid. Door krimp in het aantal fte voor tijdelijke contracten bij andere dienstonderdelen valt het aandeel voor VWS-concern (11,5 fte) lager uit dan die van het kerndepartement (14,6 fte).

Vraag 93

Waaruit bestaan de kosten genoemd onder «Materiele uitgaven», waarvan overige materiele uitgaven à raison de € 12.626 (x1.000)?

Antwoord:

De post overige materiële uitgaven bevat in ieder geval alle materiele kosten die niet via de uitgaven aan shared serviceorganisaties (SSO's) en ICT lopen. De mutatie hangt grotendeels samen met de uitgaven welke verband houden met uitvoering onderzoek door PD-Alt (zie ook vraag 10), inclusief een overheveling vanaf artikel 1. Verder bevat deze post ook de doorbelasting van facilitaire kosten aan de EMA. Vanwege de oprichting van de programmadirectie ZJCN heeft een herschikking van budgetten plaatsgevonden wat leidt tot een mutatie op overige materiele uitgaven. Tenslotte vallen ook de hogere RTE locatiekosten onder overige materiële uitgaven. Dit houdt onder meer verband met de kosten voor (de verhuizing naar) nieuwe locaties als gevolg van een reorganisatie.

Vraag 94

Kunt u de bijna verdubbeling van het budget voor inhuur externen nader toelichten? Hoeveel personen voor welke activiteiten worden betaald uit deze budgetverhoging van bijna € 8 miljoen?

Antwoord:

De budgetverhoging voor inhuur van externen wordt voor een groot deel veroorzaakt door een budgetoverheveling van het Ministerie van OCW naar het Ministerie van VWS (€ 4 miljoen). Deze overheveling is bestemd

voor de uitvoering van subsidieregelingen voor meerdere directies van OCW, die door DUS-i, deels met ingehuurd personeel, wordt uitgevoerd. De opdrachtgeldten die vanuit de directies van OCW (maar dat geldt ook voor VWS) worden overgeheveld, worden gebruikt om zowel de vaste formatie als de flexibele schil te financieren. Met de overhevelingen wordt ook direct zo goed mogelijk aangesloten bij de voor het totale opdrachtenpakket van DUS-I noodzakelijke mix van vaste formatie en flexibele schil. Het is dus niet zo dat voor de opdracht van OCW alleen ingehuurd personeel wordt ingezet. Gemiddeld zijn voor de uitvoering van het totale opdrachtenpakket 150 fte nodig, waarbij op dit moment sprake is van een vaste formatie bij DUS-I van 102 fte. Daarnaast zijn aanvullende middelen voor ICT-expertise beschikbaar gesteld voor het project Vernieuwing Marjolein (€ 1 miljoen). Vanuit de eindejaarsmarge heeft een budgetverhoging plaatsgevonden van € 1 miljoen. Het gaat dan om externe inhuur die in 2019 heeft plaatsgevonden, maar die in 2020 een kasbeslag heeft. Dit betreft een groot aantal directies. Het is niet mogelijk om een gedetailleerder overzicht te geven van het aantal personen of fte dat werkt voor bovengenoemde projecten.

Vraag 95

Waarom wordt de subsidieregeling DUS-I uitgevoerd door externen? Gebeurt dat bij meer subsidies?

Antwoord:

De subsidieregeling DUS-I bestaat niet. DUS-I voert subsidieregelingen uit voor beleidsdirecties van VWS en OCW. In de loop der jaren is het aantal door DUS-I uitgevoerde subsidieregelingen flink gegroeid. De vaste formatie betreft op dit moment 102 fte. De hoeveelheid werk varieert gedurende het jaar. Gemiddeld zijn 150 fte nodig, met een piek richting 170 fte aan het einde van het jaar. Om al het werk gedaan te krijgen worden daarom externen ingehuurd vanuit een raamovereenkomst inhuur subsidiemedewerkers en vanuit uitzendbureaus. Door de groei in het aantal opdrachten is ook het volume van de externe inhuur toegenomen.

De opdrachtgeldten die vanuit de directies van OCW en VWS worden verkregen worden naar rato gebruikt om de vaste formatie en de flexibele schil te financieren.

Vraag 96

Kunt u de hogere kosten voor de RTE (Regionale Toetsingcommissies Euthanasie) uitsplitsen?

Antwoord:

De budgetbijstelling van € 1,1 miljoen wordt gedaan om de verwachte hogere uitgaven voor locatiekosten voor 2020 (€ 1,3 miljoen) te kunnen dekken. De in de toelichting genoemde prijsstijgingen behelzen enerzijds de invoering van concerndienstverleners (CDV) – in het kader van informatieveiligheid – van aangetekend verzenden (IPKD) ad € 0,2 miljoen. Anderzijds is sprake van jaarlijks oplopende kosten voor dienstverleningsovereenkomsten (DVO's) van de diverse locaties. In totaal wordt voor de DVO's, inclusief de aanpassingen vanwege de nieuwe locatie Utrecht en aanpassingen bij een aantal overige locaties, rekening gehouden met een uitgave van € 1,1 miljoen.

Vraag 97

Kunt u al een eerste inschatting geven per sector in welke mate en orde van grootte er mee- en tegenvallers als gevolg van COVID-19 worden verwacht?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 3.

Vraag 98

Kunt u per sector een eerste inschatting maken welke mee- en tegenvallers als gevolg van de coronacrisis van invloed zijn op (familie van) patiënten, cliënten, zorgverleners en mantelzorgers?

Antwoord:

Dat is op dit moment niet vast te stellen. De extra uitgaven in de eerste supplettoire begroting betreft een raming voor de coronagerelateerde uitgaven op de VWS-begroting tot 1 juni. Dit zijn uitgaven aan o.a. beademingsapparatuur en medische beschermingsmaterialen. De gevolgen van de meeruitgaven op de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg zijn nog niet in beeld gebracht. Het kabinet streeft er naar om in de ontwerpbegroting op Prinsjesdag meer inzicht te verschaffen over de hoogte van de kosten in 2020 en waar mogelijk voor 2021 e.v., met de bijbehorende effecten op de staatsschuld, premie en reserves van verzekeraars.

Vraag 99

Zijn er al cijfers of ramingen beschikbaar van de omzetzijding als gevolg van COVID-19 waar zorgaanbieders mee te maken hebben?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 98.

Vraag 100

Hoe wordt bepaald of meerkosten als gevolg van de coronacrisis worden betaald via de rijksbegroting (noodmaatregelen, extra rijksbijdragen Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of Wlz) of ten laste komen van de vermogens van zorgaanbieders en/of verzekeraars?

Antwoord:

De extra uitgaven in de eerste supplettoire begroting betreft een raming voor de corona gerelateerde uitgaven op de VWS-begroting tot 1 juni. Dit zijn uitgaven aan o.a. beademingsapparatuur en mondkapjes. Het gaat om kosten die normaliter in eerste instantie worden gemaakt door zorgaanbieders en gefinancierd door zorgverzekeraars en zorgkantoren. In de uitzonderlijke omstandigheden die COVID-19 met zich bracht, heeft het Ministerie van VWS dergelijke uitgaven voor zijn rekening genomen. De gevolgen van de meeruitgaven op de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg zijn nog niet in beeld te brengen. Het kabinet streeft er naar om in de ontwerpbegroting op Prinsjesdag meer inzicht te verschaffen over de hoogte van de kosten in 2020 en waar mogelijk voor 2021 e.v., met de bijbehorende effecten op de staatsschuld, premie en reserves van verzekeraars.

Vraag 101

Kunt u de tegenvaller in het Wlz-kader van € 480 miljoen uitleggen? In hoeverre was deze tegenvaller te voorspellen? Hoe wordt voorkomen dat de Kamer in de toekomst opnieuw worden geconfronteerd met een dergelijke tegenvaller?

Antwoord:

Op mijn verzoek heeft de NZa mij via een januaribrief¹³ en maartbrief geïnformeerd over de actuele ontwikkelingen van de vraag naar Wlz-zorg. Hierin liet de NZa zien dat het Wlz-kader ontoereikend was. Via mijn brief

¹³ Kamerstuk 34 104, nr. 274

van 20 april¹⁴ heb ik de Tweede Kamer hierover geïnformeerd. Met de inzichten uit de maartbrief kon de Voorjaarsbesluitvorming plaatsvinden op basis van de meest actuele gegevens. Het tekort van € 550 miljoen is daarbij voor € 70 miljoen opgelost door de inzet van de gereserveerde herverdelingsmiddelen en voor € 480 miljoen binnen de integrale besluitvorming bij de Voorjaarsnota.

De tegenvaller vloeit voor een deel voort uit het feit dat de groeirimte bij de definitieve kaderbrief Wlz 2020 in het licht van de demografische ontwikkelingen relatief beperkt was (1,3%). Dat is ook de reden waarom ik mij reeds in januari en maart, vroegtijdiger dan pas via het gebruikelijke mei-advies, heb laten informeren over de toereikendheid van het Wlz-kader. Met de toevoeging van het bedrag van € 480 miljoen is in 2020 een totale groeirimte beschikbaar van 3,4%. Voorts heb ik de NZa gevraagd te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de ramingsmethodiek te verbeteren.¹⁵

Vraag 102

Op basis waarvan is de actuele stand van de onderschrijding van het Uitgavenplafond Zorg afgerond € 1.0 miljard in 2020 en € 1.2 miljard in 2021? Kan dit geld op een andere manier besteed worden?

Antwoord:

De actuele uitgavenraming en de actuele stand van het Uitgavenplafond Zorg vormen de basis voor de onderschrijding van het uitgavenplafond in 2020 en 2021.

Zoals in de Voorjaarsnota is aangegeven is de onderschrijding van het UPZ in 2020 gebruikt om de additionele uitgaven onder het Uitgavenplafond voor de Rijksbegroting en het Uitgavenplafond Sociale Zekerheid te dekken. Het totale uitgavenplafond sluit daarmee. Dat betekent overigens niet dat als de uitgaven onverhoopt toch hoger uitkomen, daar geen ruimte voor is. De hoogte van de premiegefinancierde zorguitgaven worden uiteindelijk bepaald door de onderliggende aanspraken, het recht op zorg en de zorgplicht van verzekeraars.

Vraag 103

In hoeverre kan de huidige ruimte onder het plafond Zorg in 2020 (€ 1,0 miljard) en 2021 (€ 1,2 miljard) benut worden voor het opvangen van mogelijke meerkosten en tegenvallers als gevolg van de coronacrisis?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 102. In aanvulling daarop geldt dat er inmiddels beleidsregels zijn gepubliceerd voor de vergoeding van meerkosten als gevolg van de coronacrisis. Hierbij is niet de ruimte onder het UPZ of het totale uitgavenplafond leidend, maar is het uitgangspunt dat zorgaanbieders zorg moeten kunnen verlenen en doen wat nodig is om de coronacrisis zo goed mogelijk te beheersen, bijvoorbeeld door voor zorgverleners voldoende medische beschermingsmaterialen beschikbaar te stellen.

Vraag 104

Waarom treedt er sinds 2013 jaarlijks een onderschrijding van het Uitgavenplafond Zorg op en daarnaast vrijwel altijd een overschrijding van het Uitgavenplafond Rijksbegroting?

Antwoord:

De belangrijkste reden dat er sinds 2013 jaarlijks een onderschrijding van het UPZ optreedt is dat de zorguitgaven sinds het kabinet Rutte II minder

¹⁴ Brief Minister van VWS met kenmerk 1668665-203695-LZ.

¹⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 453

hard groeien dan in de jaren daarvoor. Omdat het plafond grotendeels is gebaseerd op de ontwikkeling in voorgaande jaren resulteert een onderschrijding. De exacte reden voor de minder sterke stijging van de zorguitgaven is niet eenduidig, maar de focus op de betaalbaarheid van de zorg, resulterend in onder andere bestuurlijke akkoorden in de curatieve zorg spelen daar een belangrijke rol in. Dat er tegelijkertijd een overschrijding op het uitgavenplafond Rijksbegroting optrad is gegeven de budgettaire spelregels niet onlogisch. De onderschrijdingen in de zorg boden, gegeven de regel dat het totaal kader moet sluiten, ruimte om een aantal van de meest prioritaire beleidsmatige wensen op andere terrein van de noodzakelijke financiële middelen te voorzien.

Vraag 105

In hoeverre zullen (meer)kosten van de coronacrisis in de Zvw- en Wlz-uitgaven worden verwerkt door het plafond Zorg ervoor te corrigeren? Hoe wordt die afweging gemaakt?

Antwoord:

Zie het antwoord op vraag 3.

Vraag 106

Kan de Kamer haar budgetrecht en recht van amendement ook uitoefenen door een rijksbijdrage te amenderen om daarmee middelen vanuit de begroting aan te wenden voor doelen in de premiegefinancierde zorgsectoren?

Antwoord:

Nee de middelen van de rijksbijdrage kunnen wel geamendeerd worden (begrotingsgefinancierd), maar doordat er geen budgetrecht geldt voor de premiemiddelen kunnen deze niet via een amendement naar de premie gefinancierde zorgsectoren worden herschikt. Het specifiek amenderen van de rijksbijdrage Wlz betekent overigens dat dat het verwachte saldo van het Fonds langdurige zorg (Flz) niet langer op nul sluit, maar dat er een tekort in het Flz ontstaat. In materiele zin zal het daardoor geen vrije ruimte opleveren.

Vraag 107

Andersom, kan de Kamer haar budgetrecht en recht van amendement ook uitoefenen door een rijksbijdrage te amenderen om daarmee eventuele budgettaire ruimte vanuit de premiegefinancierde zorgsectoren aan te wenden voor doelen op de VWS-begroting?

Antwoord:

Nee, de middelen die beschikbaar worden gesteld uit de begroting dan wel premie betreffen twee verschillende geldstromen die niet via een amendement onderling uitgewisseld kunnen worden. Het amenderen van bijvoorbeeld de rijksbijdrage Wlz betekent dat het verwachte saldo van het Flz niet langer 0 is.

Vraag 108

Verwacht wordt dat de uitgaven aan wijkverpleging in 2019 € 441 miljoen lager uitvallen dan geraamd, wat is de verklaring hiervoor?

Antwoord:

De raming van het Zorginstituut is gebaseerd op inschattingen van alle zorgverzekeraars. Ik heb onderzoek laten doen naar de steeds verder oplopende onderschrijding in de afgelopen jaren in de wijkverpleging. Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin gezocht is naar verklaringen voor deze onderschrijdingen alsmede de vraag of de onderschrijdingen gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van zorg.

Het onderzoek laat zien dat cliënten – ondanks de lagere uitgaven aan wijkverpleging – nog steeds de zorg krijgen die zij nodig hebben, maar dat de druk op de wijkverpleging toeneemt. Meerdere factoren spelen hierbij een rol waarbij de belangrijkste factor is dat het personeelstekort toeneemt en dat dit tot langere zoektijden en meer druk op het personeel leidt. Andere factoren zoals ongecontracteerde zorg en ZZP'ers spelen eveneens een rol. De onderzoekers constateren dat het voor specifieke cliëntgroepen lastig kan zijn om de benodigde zorg te vinden. Het onderzoek laat tevens zien dat er geen verdringing naar andere sectoren (Wmo en Wlz) heeft plaatsgevonden. Het beleid van zorgverzekeraars heeft effect gehad op het zorgaanbod. Er wordt beter gekeken naar welke zorg waar thuishoort (rechtmatigheid). Ook is er sprake van een verschuiving van «zorgen voor» naar «zorgen dat».

Vraag 109

Wat is de verklaring voor het feit dat het Zorginstituut Nederland constateert dat in 2019 er € 441 minder uitgegeven is aan wijkverpleging dan geraamd?

Antwoord:

De raming van het Zorginstituut is gebaseerd op inschattingen van alle zorgverzekeraars. Samen met de partijen van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging heeft bureau Equalis onderzoek gedaan naar de steeds verder oplopende onderschrijding in de afgelopen jaren. Het betreft een kwalitatief onderzoek waarin gezocht is naar verklaringen voor deze onderschrijdingen alsmede de vraag of de onderschrijdingen gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van zorg. De onderzoekers hebben geen harde conclusies kunnen trekken om de toenemende kwantitatieve ruimte tussen kader en feitelijke uitgaven te verklaren.

Het onderzoek laat zien dat cliënten de zorg krijgen die zij nodig hebben. Het aantal cliëntenstops ten gevolge van een personeelstekort is wel toegenomen tussen 2018 en 2019, maar dit heeft niet geleid tot een significant lager aantal uren zorg of het ontstaan van wachtlijsten. Wel neemt de zoektijd toe. De verwachting is dat personeelstekort nijpender zal worden naar de toekomst toe. Hierbij speelt de groei van niet-gecontracteerde zorg en het aandeel ZZP-ers ook een rol. De onderzoekers constateren dat het voor specifieke cliëntgroepen lastig kan zijn om de benodigde zorg te vinden. Ook is sprake van regionale verschillen.

De onderzoekers constateren tevens dat er geen duidelijke verdringing naar andere sectoren (Wmo en Wlz) heeft plaatsgevonden. Het beleid van zorgverzekeraars heeft wel effect gehad op het zorgaanbod. Er wordt beter gekeken naar welke zorg waar thuishoort (rechtmatigheid) en is er meer aandacht is voor het «zorgen dat» de juiste zorg op de juiste plek wordt verleend. Hierbij wordt ook meer gekeken naar de zelfredzaamheid van mensen. Het verminderen van de zorgval – dat wil zeggen een lager het aantal uren verzekerde zorg bij de overgang tussen wijkverpleging en Wlz-thuis – kan enig effect hebben gehad.

Vraag 110

Waarom kan op basis van de cijfers over 2019 het budget voor wijkverpleging in 2020 structureel met € 341 miljoen omlaag? Is dit een budgetverlaging ter compensatie van het stijgende Wlz-kader, zoals vermeld op pagina 48?

Antwoord:

We zien in de afgelopen jaren een toenemende onderschrijding in het financieel kader wijkverpleging; (€ 132 miljoen in 2017, € 235 miljoen in 2018 en € 441 miljoen in 2019). Deze trend lijkt zich in 2020 voort te zetten;

naar verwachting zal de onderschrijding ten opzichte van het beschikbare kader oplopen tot boven de € 500 miljoen.

Ik heb onderzoek laten doen naar de steeds verder oplopende onderschrijding in de afgelopen jaren in de wijkverpleging, zie het antwoord op vraag 108.

Mede naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek is na overleg met de partijen van het hoofdlijnenakkoord het kader structureel verlaagd en wordt € 341 miljoen van deze onderschrijding structureel ingezet voor (grotendeels) de hogere uitgaven aan de Wlz. Van jaar op jaar stijgt het kader wijkverpleging overigens nog steeds omdat de in de HLA overeengekomen volumegroei van de uitgaven onverkort van kracht blijft (jaarlijks 2,4% ofwel circa € 100 miljoen), evenals de toedeling van de loon- en prijsbijstelling van ongeveer € 100 miljoen per jaar. Hierdoor blijft er ruimte om te blijven investeren in (de groei van) de wijkverpleging.

Vraag 111

Hoe verhoudt zich de structurele verlaging met € 341 miljoen van de uitgaven betreffende de raming voor de wijkverpleging met de toename van het aantal cliënten? Hoe is in deze structurele verlaging de toename meegenomen van het aantal mensen dat wijkverpleging nodig heeft na te zijn getroffen door het coronavirus? Hoe wordt voorkomen dat de extra vraag in dit segment zich zal vertalen in een extra aanspraak op Wmo-budgetten van gemeentes?

Antwoord:

Zoals aangegeven in mijn Kamerbrieven van 6 mei¹⁶ en 4 juni¹⁷ jl. over de coronacrisis loopt er een aantal trajecten als het gaat om de nazorg en revalidatie van (ex-)COVID-19-patiënten. Deze trajecten richten zich op zorginhoud en expertise (opdracht aan ZonMw), aanspraak (verzoek aan Zorginstituut) en capaciteit en bekostiging (onderzoek door de NZa). Het is nog te vroeg om te weten of en zo ja hoeveel extra cliënten er als gevolg van COVID-19 een beroep zullen doen op wijkverpleging. De in het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging afgesproken groei van jaarlijks 2,4% blijft overigens bestaan, het kader 2020 neemt als gevolg van deze groei met circa € 100 miljoen toe. Daarnaast is niet de gehele onderschrijding 2019 structureel afgeroomd.

Vooralsnog verwacht ik dat het kader 2020 voldoende ruimte zal bieden om de zorg voor cliënten die dat nodig hebben te kunnen leveren.

Verschuiving van zorg naar de Wmo kan worden voorkomen als zorgverzekeraars en gemeentes onderling goed blijven samenwerken. Op 10 juni is de voortgangsrapportage van het project wachtlijsten en capaciteit wachtlijsten aan uw Kamer aangeboden.

Vraag 112

Wanneer kan de Kamer deze rapportage verwachten? Wordt hierbij ook het belang meegenomen van groene buitenruimte in de buurt – zoals nu ook herhaaldelijk zichtbaar werd in deze crisis? Zo ja, op welke manier?

Antwoord:

De hier gestelde vraag refereert niet aan de supplettoire VWS-begroting, daardoor kan deze vraag niet door Ministerie van VWS worden beantwoord.

Vraag 113

Hoe komt het dat de verwachte uitgaven voor geneesmiddelen lager uitkomen dan geraamd?

¹⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 315

¹⁷ Kamerstuk 25 295, nr. 386

Antwoord:

De verwachting dat de daadwerkelijke uitgaven in 2020 e.v. lager zullen zijn dan eerder ingeschat komt met name op basis de (jaarlijks uitgebrachte) geneesmiddelenraming van het Zorginstituut. De raming van het Zorginstituut voor 2020 komt op 2,2%, gebaseerd op de groei in 2016–2018. De beschikbare (groei)ruimte op de begroting van VWS voor 2020 en verder, met name toebedeeld aan het begin van kabinetsperiode, was hoger dan wat er nu naar verwachting benodigd is.

Vraag 114

Is met de (structurele) onderschrijving van uitgaven aan geneesmiddelen de taakstelling in het Regeerakkoord gehaald?

Antwoord:

Nee, de taakstelling uit het Regeerakkoord dient te worden behaald met aanpassing van de Wet Geneesmiddelenprijzen, modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, overhevelingen van bepaalde groepen geneesmiddelen (van Farmaceutische Zorg naar Medisch Specialistische Zorg) en scherpere inkoop van geneesmiddelen.

Vraag 115

Zijn verdere besparingen in relatie tot uitvoering van maatregelen zoals de invoering van de herziene Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) per 1 oktober aanstaande of de modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) nog aan de orde, aangezien het immers een gegeven is dat deze maatregelen negatieve effecten kunnen hebben voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen en daarmee gevolgen voor de patiënt?

Antwoord:

Het uitstel van de aanscherping van de wettelijke maximumprijzen op basis van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) die stond gepland per 1 april 2020 is tijdelijk van aard. Zoals ik in mijn brief van 26 maart 2020 heb toegelicht, is het uitstel van de aanscherping van de Wgp er niet op gericht om in specifieke gevallen tekorten van geneesmiddelen vanwege lagere prijzen te voorkomen (Kamerstuk 29 477, nr. 651). Het betrof een algemene maatregel die ik heb genomen ten behoeve van de continuïteit van de algehele geneesmiddelenvoorziening. Dit achtte ik noodzakelijk gezien de sterk toenemende onrust en onzekerheid op de internationale geneesmiddelenmarkt als gevolg van COVID-19 die zich manifesteerde in de weken voor het van kracht worden van de geplande aanscherping van Wgp-maximumprijzen per 1 april 2020. In deze specifieke context koos ik ervoor om marktpartijen tijdelijk meer lucht te geven zodat zij maatregelen konden nemen om goed voorbereid te zijn op mogelijke tekorten, zoals het vergroten van voorraden.

Ik werk daarnaast ook verder aan de voorgenomen modernisering van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en informeer u daarover, zoals toegezegd, voor de zomer. Zoals aangekondigd in de Kamerbrief van 27 januari jl. betrek ik partijen bij de verdere uitwerking van de modernisering en heb ik daarin ook aandacht voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen.

Vraag 116

Op welke wijze wordt een deel van de misgelopen besparing vanwege uitstel van de Wgp binnen het bestaande financiële kader voor extra-murale geneesmiddelen opgevangen?

Antwoord:

In 2020 is naar verwachting niet alle (groei)ruimte die beschikbaar is voor extramurale hulpmiddelen nodig om de uitgaven hieraan te dekken. Daardoor is € 40 miljoen overgeboekt van het hulpmiddelenkader naar het geneesmiddelenkader. De rest van het besparingsverlies Wgp kon binnen het bestaande financiële kader worden opgevangen.

Vraag 117

Op basis van welke verwachtingen wordt de raming van uitgaven aan geneesmiddelen met € 128 miljoen in 2020 en vanaf 2021 met € 100 miljoen verlaagd? Kan dit nader worden toegelicht?

Antwoord:

Zie ook antwoord op vraag 113. Dit is met name op basis van de jaarlijkse geneesmiddelenraming vanuit het Zorginstituut. Daarin wordt een groei van 2,2% verwacht voor 2020 en 2021. De beschikbare (groei)ruimte in de VWS-begroting was hoger en maakt dat een ramingsbijstelling mogelijk werd geacht.

Vraag 118

Waar baseert u de bedragen van 2 x 25 miljoen euro op? In november 2019 maakte de Minister voor Medische Zorg in de Kamer nog melding van geschatte kosten van € 100 miljoen.

Antwoord:

Het aanleggen en aanhouden van een ijzeren voorraad brengt kosten met zich mee. Op basis van het rapport van Gupta Strategists bedragen de kosten van een voorraadverhoging naar vijf maanden voor firma's en groothandels rond de € 100 miljoen per jaar. De kosten voor het aanhouden van voorraden zullen waarschijnlijk uiteindelijk verdisconteerd worden in de prijs, mits de prijs van het geneesmiddelen de wettelijke maximumprijs niet overschrijdt (conform de Wet geneesmiddelenprijzen). Rekening houdend met de wettelijke maximumprijzen kunnen de prijzen rond de € 45 miljoen stijgen.

Er zijn ook opbrengsten: het niet meer gebruiken van duurdere substituten van rond de € 20 miljoen per jaar. De uitgaven aan zorg zullen netto naar schatting dus rond de € 25 miljoen stijgen (€ 45 miljoen minus € 20 miljoen).

Met betrekking tot de in de vraag genoemde «2 x 25 miljoen euro» nog het volgende. Er is een reeks van structureel € 25 miljoen per jaar opgenomen in de begroting. De opbouw van de ijzeren voorraad duurt naar verwachting twee jaar, echter de kosten van het aanhouden van die voorraad zijn structureel van aard.

Vraag 119

Betekent de reservering van 2 x 25 miljoen euro dat een plan van aanpak beschikbaar is met betrekking tot het aanleggen van een ijzeren voorraad, aangezien tijdens het algemeen overleg Geneesmiddelenbeleid op 6 november 2019 de Minister voor Medische Zorg aangekondigde om samen met betrokken partijen een plan van aanpak (inclusief financiering) op te stellen in deze in het voorjaar van 2020 naar de Kamer te sturen? De Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) is samen met andere partijen constructief met u in gesprek, op dit moment heeft u nog geen plan van aanpak gedeeld met de betrokken partijen, klopt het dat in de Voorjaarsnota al wel financiële middelen gereserveerd zijn met betrekking tot het aanleggen van een ijzeren voorraad? Zo ja, wanneer wordt dit plan van aanpak – conform de toezegging – afgestemd met de betrokken partijen en naar de Kamer gestuurd?

Antwoord:

Met de leden van de werkgroep Geneesmiddelentekorten is regelmatig overleg gevoerd om de opbouw en financiering van de ijzeren voorraad te bespreken. Aan Gupta Strategists is gevraagd om een onderzoek te doen naar de financieringssystematiek voor het aanleggen van de ijzeren voorraad. Inmiddels is dit onderzoek gereed en gepresenteerd aan de leden van de werkgroep Geneesmiddelentekorten. Eind juni zal het plan van aanpak naar verwachting klaar zijn en worden besproken met de werkgroep geneesmiddelentekorten. Eerder is afgesproken dat de Kamer in de zomer geïnformeerd zal worden over de uitwerking van de ijzeren voorraad. Met betrekking tot de reservering van 2 x € 25 miljoen, zie het antwoord op vraag 118.

Vraag 120

In hoeverre komt het budget voor wijkverpleging in het gedrang als mensen langer thuis blijven wonen omdat er nog geen plek is in een verpleeghuis, aangezien uitgaven voor de wijkverpleging worden verlaagd om de wachtlijsten in de ouderenzorg op te vangen? Wat is het tijdsplan voor het wegwerken van deze wachtlijsten?

Antwoord:

Zoals aangegeven in mijn Kamerbrieven van 6 mei¹⁸ en 4 juni¹⁹ jl. over de Covidcrisis loopt er een aantal trajecten als het gaat om de nazorg en revalidatie van (ex-)COVID-19-patiënten. Deze trajecten richten zich op zorginhoud en expertise (opdracht aan ZonMw), aanspraak (verzoek aan Zorginstituut) en capaciteit en bekostiging (onderzoek door de NZa). Het is nog te vroeg om te weten of en zo ja hoeveel extra cliënten er als gevolg van Covid-19 een beroep zullen doen op wijkverpleging. De in het hoofdlijnakkoord wijkverpleging afgesproken groei van jaarlijks 2,4% blijft overigens bestaan, het kader 2020 neemt als gevolg van deze groei met circa € 100 miljoen toe. Daarnaast is niet de gehele onderschrijving 2019 structureel afgeroomd.

Vooralsnog verwacht ik dat het kader 2020 voldoende ruimte zal bieden voor de opvang van extra cliënten of van cliënten die mogelijk langer in de wijkverpleging blijven terwijl ze wachten op een plek in een verpleeghuis. Verdringing naar de Wmo kan worden voorkomen als zorgverzekeraars en gemeenten onderling goed samenwerken. Binnenkort bied ik u de voortgangsrapportage van het project wachtlijsten en capaciteit verpleeghuizen aan.

Vraag 121

Wat is de reden dat op basis van de cijfers 2019 het budget voor wijkverpleging in 2020 structureel met € 341 miljoen omlaag kan? Is dit een budgetverlaging ter compensatie van het stijgende Wlz-kader?

Antwoord:

Zie antwoord vraag 110.

Vraag 122

Waarom is in 2019 aan wijkverpleging € 441 minder uitgegeven dan was geraamd?

Antwoord:

Zie antwoord vraag 109.

Vraag 123

¹⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 315

¹⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 386

Hoe is de verdergaande vergrijzing in de meerjarenbegroting opgenomen? Hoe wordt voorkomen dat dit najaar wederom een bijstelling van het Wlz-kader aan de orde is?

Antwoord:

De verdergaande vergrijzing is door het CPB meegenomen in de middellangetermijnraming voor de zorguitgaven (MLT-zorg) van het CBP. Deze maakt daarmee onderdeel van de basis voor het huidige meerjarenkader Wlz (2018–2021). Op grond van de MLT-zorg en de adviezen van de NZa over de toereikendheid van het budgettair kader stel ik jaarlijks het Wlz-kader vast. Het budgettair kader, dat toereikend dient te zijn om te borgen dat de cliënten die recht hebben op zorg hier ook in kunnen worden voorzien, ademt mee met volumeontwikkelingen.

De bijstelling van het Wlz-kader vloeide voor een deel voort uit het feit dat de groeirimte voor 2020 bij de definitieve kaderbrief Wlz 2020 in het licht van de demografische ontwikkelingen relatief beperkt was, namelijk 1,3%. De oorzaak daarvan was dat een deel van de groeirimte 2020 al werd ingezet om de doorwerking van een tekort over het jaar 2019 structureel te kunnen dekken²⁰. Dat is ook de reden waarom ik mij al in januari en maart heb laten informeren over de toereikendheid van het Wlz-kader, in plaats van in mei. Met de toevoeging van het bedrag van € 480 miljoen is in 2020 een totale groeirimte beschikbaar van 3,4%. Voorts heb ik de NZa gevraagd te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de ramingsmethode te verbeteren.²¹

Vraag 124

Wat is de consequentie van het met € 20 miljoen naar beneden bijstellen van de raming voor zorginfrastructuur?

Antwoord:

De middelen op de post zorginfrastructuur zijn voor de periode t/m 2021 gereserveerd voor diverse subsidieregelingen. Deze ramingsbijstelling heeft betrekking op de periode vanaf 2022 en heeft daardoor geen gevolgen voor bestaande subsidieregelingen.

Vraag 125

Waarom is gekozen voor de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) om namens de Staat garant te staan richting marktpartijen bij de aankoop van geneesmiddelen, grondstoffen en andere geneeskundige middelen voor de gezondheidszorg gerelateerd aan de behandeling van COVID-19 patiënten?

Antwoord:

De COVID-19 uitbraak heeft geleid tot een sterke stijging van het aantal beademde IC-patiënten. De vraag naar geneesmiddelen voor zorg aan COVID-19 patiënten was en is hoog. Daarnaast staat de toevoer van geneesmiddelen door onder meer de wereldwijde stijging in gebruik, de handelsbelemmeringen als gevolg van de crisis en de vermindering van de productie van zowel de grondstoffen als de eindproducten onder druk. Het risico bestond en bestaat dat de beschikbaarheid van specifiek voor de behandeling van COVID-19 patiënten benodigde geneesmiddelen in het gedrang kan komen. Het is daarom noodzakelijk de aankoop van geneesmiddelen snel centraal te kunnen coördineren. De oprichting van het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) is een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU), Neder-

²⁰ Kamerstuk 34 104, nr. 265

²¹ Kamerstuk 31 765, nr. 453

landse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse geneesmiddelen-groothandels (BG Farma). In een bestuurlijk overleg met deze partijen is besloten het LCG bestuurlijk onder de NVZA te plaatsen. Het is de reguliere taak van de ziekenhuisapotheker om deze geneesmiddelen in te kopen. Daarmee benut je zoveel mogelijk de bestaande kennis en kunde. De taken van het LCG zijn onder andere het monitoren en het op peil houden van de voorraden door het inkopen van IC-medicatie geneesmiddelen of de relevante grondstoffen.

Omdat er veel onzekerheden zijn over de benodigde hoeveelheid IC-medicatie en de ontwikkeling van het marktaanbod, is het in sommige gevallen nodig om snel te handelen door een partij geneesmiddelen te kopen waarvan op voorhand niet zeker is of deze daadwerkelijk nodig zal zijn. Om marktpartijen meer comfort te geven, kan de NVZA / het LCG namens de Staat een garantstelling afgeven.

Vraag 126

Wat was het gevolg geweest als u de NVZA niet had gevraagd om namens de Staat garant te staan richting marktpartijen bij de aankoop van geneesmiddelen, grondstoffen en andere geneeskundige middelen voor de gezondheidszorg gerelateerd aan de behandeling van COVID-19 patiënten?

Antwoord:

Zonder centrale garanties was de vrees dat individuele marktpartijen vanwege de onzekerheid over een afzetmarkt niet of te laat tot aankoop van bepaalde partijen geneesmiddelen zouden overgaan vanwege de risico's. Er zijn bijvoorbeeld garanties afgegeven bij de aankoop van propofol en midazolam (die dus anders minder snel of in andere volumes aangeschaft hadden kunnen worden). Zie ook antwoord op vraag 125.

Vraag 127

Kunt u aangeven waarom het ingevulde afwegingskader met betrekking tot de garantieovereenkomst voor de aankoop van geneesmiddelen, grondstoffen en andere geneeskundige middelen voor de gezondheidszorg gerelateerd aan de behandeling van COVID-19 patiënten, niet vooraf aan de besluitvorming met het parlement gedeeld kan worden?

Antwoord:

Als onderdeel van de noodmaatregelen voor de beheersing van COVID-19 is en wordt met de garantieregeling m.b.t. de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) / Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) beoogd om de aankoop van geneesmiddelen, grondstoffen en andere geneeskundige middelen voor de gezondheidszorg gerelateerd aan de behandeling van COVID-19 patiënten te borgen. De garantieovereenkomst is onder uitzonderlijke omstandigheden en met veel spoed tot stand gekomen, waardoor het parlement niet voorafgaand aan de besluitvorming is geïnformeerd.

Vraag 128

Welke (dreigende) geneesmiddelentekorten zijn er geweest sinds de start van de crisis of worden nog verwacht?

Antwoord:

Leveringsproblemen moeten door firma's zo snel mogelijk gemeld worden bij het Meldpunt tekorten. Tijdens de coronacrisis is het van belang dat eventuele tekorten, die door leveringsproblemen kunnen ontstaan, vroegtijdig worden gesignaleerd, zodat preventieve maatregelen kunnen worden genomen. Om die reden is met partijen in het Coronaberaad leveranciers afgesproken om op basis van een lijst een

monitor in te stellen met een overzicht van de voorraden in de hele keten in relatie tot de actuele vraag.

Voor geneesmiddelen die specifiek gebruikt worden op de intensive care bij de behandeling van COVID-19 patiënten is het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) opgericht. Het LCG houdt nauwkeurig bij welke en hoeveel geneesmiddelen beschikbaar zijn. In de afgelopen weken heb ik uw Kamer in de «Covid-19: update stand van zaken» brieven geïnformeerd over dreigende tekorten van noradrenaline, propofol, midazolam en rocuronium, maar ook dat deze zijn opgelost door extra inkoop (o.a. vanuit het buitenland) of een eigen bereiding.

In India en China is de lockdown ondertussen opgeheven, maar er was sprake van een ernstige verstoring van de logistieke keten. Geneesmiddelen worden maanden van tevoren besteld en het is nog niet duidelijk wat de gevolgen voor de voorraden in Nederland op termijn zullen zijn. Dit wordt nauwlettend in de gaten gehouden, zodat ook tijdig gezocht kan worden naar alternatieven. De eerdergenoemde monitoring van voorraden in relatie tot actuele vraag heeft mede als doel vroegtijdig gevolgen voor de Nederlandse markt te signaleren.

Vraag 129

Kunt u aangeven of, en zo ja, hoe het parlement in de gelegenheid wordt gesteld om adequaat te reageren op het ingevulde afwegingskader wanneer dit een globaal karakter heeft?

Antwoord:

Alhoewel het afwegingskader een globaal karakter heeft, ben ik van mening dat de weergegeven informatie een toereikend beeld geeft van de garantieregeling en dat het parlement daarmee in de gelegenheid is gesteld om adequaat te reageren.

Vraag 130

Wat is de status van de «Bijlage Garantieregeling» en de daarin genoemde bedragen en het garantieplafond? Zijn deze ter informatie opgenomen, of dient de Kamer deze ook te autoriseren? Zo ja, hoe? Zo nee, hoe verhoudt het verstrekken van deze garanties zich tot het budgetrecht?

Antwoord:

Met de opname van de Bijlage Garantieregeling geven we invulling aan de bepaling in het rijksbrede beleidskader risicoregelingen dat toetsingskaders voor risicoregelingen na besluitvorming aan het parlement worden verzonden en dat conform de instructies in de rijksbegrotingsvoorschriften verantwoord wordt afgelegd. Op basis van de rijksbegrotingsvoorschriften wordt het parlement in begrotingen en jaarverslagen geïnformeerd over risicoregelingen. In de departementale begrotingen wordt in de beleidsagenda een aparte risicoparagraaf opgenomen met daarin het «Overzicht van Risicoregelingen». In deze paragraaf worden garanties, leningen en achterborgstellingen gepresenteerd. Aan risicoregelingen wordt in de beleidsverslagen van de departementale jaarverslagen eveneens een aparte paragraaf gewijd. Anders dan in de tabellen in de begroting wordt in het jaarverslag per risicoregeling per risicovoorziening ook verslag gedaan van het totaal volume van de reserve en de mutaties ten opzichte van het voorgaande jaar. Op de saldibalans wordt de risicovoorziening verantwoord.

Vraag 131

Waarom kent de garantieregeling met de NVZA een plafond en de garantieregeling LCH niet?

Antwoord:

Het verwachte maximale bedrag dat via de verleende garantstelling wordt afgedekt, kon voor de garantieregeling met de NVZA worden bepaald. Voor de garantstellingen namens de Minister is dan ook een limiet van in totaal € 18.750.000 (exclusief BTW) opgenomen in overeenkomst. De afgegeven garantie aan LCH/Mediq is niet gemaximeerd, aangezien duidelijk werd dat het in deze uitzonderlijke omstandigheden niet mogelijk was om de omvang van het risico vooraf goed in te schatten. Wel is Mediq verplicht dagelijks en wekelijks VWS schriftelijk te rapporteren over de hoeveelheid en de kosten van de ingekochte persoonlijke beschermingsmiddelen. De rapportage ziet in elk geval ook op problemen in de (niet) nakoming van verplichtingen en eventueel gerealiseerde schades. Mediq is verplicht mij per ommegaande te informeren indien hij voorziet dat de garantstelling een bedrag van € 20 miljoen nadert of dreigt te worden overschreden.

Vraag 132

Zijn er tot op heden al daadwerkelijke betalingen gedaan of schades geleden op grond van deze door de staat verstrekte garanties? Zo ja, kunt u daar een overzicht van geven en een toelichting op de reden waarom een garantie tot betaling is gekomen?

Antwoord:

De garantieregeling NVZA heeft tot op heden geen betaling vanuit c.q. schade voor VWS tot gevolg gehad. Zoals is aangegeven in het toetsingskader voor de garantstelling LCH/Mediq is met betrekking tot het risico door het prijsverschil tussen inkoop en verkoop zeker dat kosten zullen ontstaan door de gestegen marktprijzen. Deze kosten zullen zich voordoen ongeacht de uitvoeringsvariant. De Minister voor MZS heeft besloten de prijsstijging per product niet aan de zorgaanbieders door te berekenen, maar als rijksoverheid te dragen. Een eerste raming van deze kosten is verwerkt in de 1e suppletoire begrotingswet 2020 van het Ministerie van VWS.

Vraag 133

Wat is de inschatting van de kosten van deze garantieregelingen voor de nog resterende looptijd? Is uw inschatting dat verlenging of aanpassing van de nu verstrekte garanties nog aan de orde zijn?

Antwoord:

Het is niet mogelijk op dit moment een goede inschatting te maken van de kosten.

Voor de overeenkomst die tussen VWS en LCH/Mediq is gesloten, geldt het volgende. Voor wat betreft het risico door het prijsverschil tussen inkoop en verkoop van beschermingsmiddelen is zeker dat de kosten als gevolg van gestegen marktprijzen verder zullen oplopen als gevolg van het besluit om de prijsstijging per product niet aan de zorgaanbieders door te berekenen, maar als rijksoverheid te dragen. Een eerste raming van de kosten voor de periode tot en met juni 2020 is verwerkt in de 1^e suppletoire begrotingswet 2020 van het Ministerie van VWS. Nadere ramingen worden verwerkt in de reguliere en eventueel incidentele suppletoire begrotingen. De garantstelling voor LCH/Mediq is geldig tot en met 23 juni 2020.

De NVZA heeft tot en met 1 juli 2020 volmacht om namens de Minister garantstellingsverklaringen uit te brengen waarin de Staat der Nederlanden zich ten behoeve van de marktpartij garant stelt voor de in de overeenkomst genoemde risico's met betrekking tot de inkoop, verkoop en distributie van kritische IC-geneesmiddelen.

Op korte termijn zal dus een besluit moeten worden genomen over eventuele verlenging van de afspraken in de genoemde overeenkomsten.

Overigens blijven de overeenkomsten die door Mediq zijn gesloten, maar ook de volmachten die de NVZA heeft afgegeven, na ommekomst van de genoemde termijnen gegarandeerd.

Vraag 134

Kunt u aangeven waarom het ingevulde afwegingskader met betrekking tot de garantieovereenkomst voor de inkoop van noodzakelijke beschermingsmiddelen, niet voorafgaand aan de besluitvorming met het parlement gedeeld kan worden?

Antwoord:

Als onderdeel van de noodmaatregelen voor de beheersing van COVID-19 is en wordt met de garantstelling Landelijk Consortium Hulpmiddelen (Mediq) beoogd om de aankoop van beschermingsmiddelen en een aantal andere producten voor de gezondheidszorg gerelateerd aan de behandeling van COVID-19 patiënten te borgen. De garantieovereenkomst is onder uitzonderlijke omstandigheden en met veel spoed tot stand gekomen, waardoor het parlement niet voorafgaand aan de besluitvorming is geïnformeerd.

Vraag 135

Waarom is er niet voor gekozen om als overheid de risico's te beheersen van het zelf aankopen, distribueren en factureren van geneesmiddelen?

Antwoord:

Marktpartijen hebben de contacten en ervaring om inkoop en distributie van geneesmiddelen het beste te doen, ik ben er niet van overtuigd dat de overheid dit beter zou kunnen doen. Ik heb er wel voor gekozen om – waar nodig – het financiële risico af te dekken door middel van een garantstelling (zie ook vragen 125 en 126).

Vraag 136

Waarom is Mediq aangewezen als zowel inkopende als leverende partij?

Antwoord:

Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) is een open consortium, een privaat-publieke samenwerking waarin partijen belangeloos samenwerken en hun kennis, expertise en infrastructuur op gebied van inkoop en distributie van persoonlijke beschermingsmiddelen bundelen en delen. Naast de initiatiefnemers, de gezamenlijke inkooporganisatie van de academische ziekenhuizen samen met het Ministerie van VWS, hebben zich inmiddels andere organisaties aangesloten. Het LCH werkt samen met grote professionele partners die hun distributie- en logistieke netwerken ter beschikking stellen om producten naar Nederland te krijgen (Skyteam/KLM) of om binnen Nederland producten te distribueren naar alle zorginstellingen (OneMed/QRS en Mediq). Verder leveren vele professionals uit onder meer zorginstellingen, adviesbureaus, defensie en overheidsinstanties een actieve bijdrage aan het LCH en wordt het LCH gefaciliteerd door de branchevereniging FHI. Omdat het LCH geen rechtspersoonlijkheid heeft die aankopen kan doen of kan factureren is er gezocht of een van de deelnemers de rol van inkoper en verkoper op zich wilde nemen. Mediq heeft deze rol op zich genomen.