

Vergaderjaar 2021–2022

**35 906**

**Wijziging van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2021 (Elfde incidentele suppletoire begroting)**

**Nr. 5**

**VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 16 november 2021

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 15 oktober 2021 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 15 november zijn ze door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

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

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Kuiken

De adjunct-griffier van de commissie,  
Krijger

**Vraag 1:**

Waarom zijn er maatregelen in deze incidentele suppletoire begroting opgenomen die in 2022 tot een bijstelling van de uitgavenbegroting leiden, waarbij het gaat onder meer gaat om GGD-GHOR (+ € 195 miljoen in 2022), RIVM vaccinatieprogramma (+ € 55 miljoen in 2022), vaccinimplementatie (+ € 134 miljoen in 2022) en CIBG (+ € 43 miljoen in 2022 en € 26 miljoen in 2023)?

**Antwoord:**

Uw Kamer besluit in december over de begroting 2022. De verplichtingen bij bovenstaande posten worden echter al in 2021 aangegaan, terwijl de uitgaven in 2022 en 2023 plaatsvinden. Er worden ter voorbereiding op de uitvoering in 2022 overeenkomsten gesloten met de verschillende partijen in 2021, deze leiden tot een verplichting. Met deze ISB wordt voorkomen dat de uitvoering niet ter hand kan worden genomen en wordt cf. 2.27, tweede lid, CW uw Kamer hierover geïnformeerd door middel van deze incidentele suppletoire begroting (ISB).

**Vraag 2:**

Op welke vaccinatiestrategie is de inschatting van € 134 miljoen voor vaccinimplementatie in 2022 gebaseerd en is daarin al rekening gehouden met een derde prik voor mensen met een ernstige afweerstoornis?

**Antwoord:**

De € 134 miljoen wordt beschikbaar gesteld om uitvoering te geven aan de aanvullende COVID-19 vaccinatiecampagne in 2022. Hiermee kunnen de verschillende uitvoerende partijen worden bekostigd. Daarbij is aangegeven dat over de noodzaak, timing en omvang nog nader zou worden besloten, mede aan de hand van ontwikkelingen in de epidemiologische situatie en nadere advisering door de Gezondheidsraad. Op 2 november jl. heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om uit voorzorg te starten met een boostervaccinatie voor mensen vanaf 60 jaar en bewoners van zorginstellingen vanaf 18 jaar om zo te zorgen voor extra bescherming en een toename van ernstige ziekte voor te zijn. Op het moment van de beschikbaar gestelde € 134 miljoen in deze ISB was dit actuele inzicht nog niet beschikbaar en in het kader van goede voorbereiding is op dat moment rekening gehouden met een reservering voor 2022 ter grootte van 15% van het implementatiebudget van 2021. De derde prik voor mensen met een ernstige afweerstoornis valt binnen de uitgaven van 2021, eventuele kosten die doorschuiven naar volgend jaar worden bekostigd met de € 134 miljoen. Indien nodig kan er aanvullend budget beschikbaar worden gesteld om de adviezen van de Gezondheidsraad volledig uit te kunnen voeren.

**Vraag 3:**

Kunt u, naast de reeds verstrekte tabel met een overzicht met alle wijzigingen in de uitgaven zoals opgenomen in deze Elfde incidentele suppletoire begroting (Kamerstuk 35 906, nr. 3), een vergelijkbare tabel verstrekken van de verplichtingen?

**Antwoord:**

Zie onderstaande tabel waarin de verplichtingen zijn verwerkt zoals opgenomen in de budgettaire tabellen in deze 11<sup>e</sup> ISB. In de 11<sup>e</sup> ISB zijn de uitgaven voor 2021 als kas=verplichtingen geboekt. Daarnaast zijn er verplichtingen opgenomen in 2021 voor kasuitgaven die in 2022 plaatsvinden maar waarvoor in 2021 overeenkomsten worden gesloten.

Maatregel	Bedrag 2021	Bedrag 2022	Bedrag 2023	Bedrag 2024	Bedrag 2025
<b>A. Begrotingsgefinancierd</b>					
1) Aanschaf en distributie medische beschermingsmiddelen	39,7	0,0	0,0	0,0	0,0
2) GGD'en en veiligheidsregio's	743,5	0,0	0,0	0,0	0,0
3) IC-capaciteit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4) Ondersteuning sportsector	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5) Ondersteuning zorgpersoneel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6) Onderzoek inzake COVID-19	35,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7) Testcapaciteit	1.008,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8) Vaccin ontwikkeling, implementatie en medicatie	203,3	0,0	0,0	0,0	0,0
9) Zorgbonus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10) Omscholen personeel voor arbeidsmarkt zorg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11) Zorgkosten en bijstand Caribisch Nederland	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12) Overige maatregelen (plafond Rijksbegroting)	46,4	4,0	0,0	0,0	0,0
<b>Totaal A</b>	<b>2.080,9</b>	<b>4,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>B. Premiegefinancierd</b>					
13) Meerkosten COVID-19 Wlz (plafond Zorg)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
14) Overige maatregelen (plafond Zorg)	0,0	25,7	0,0	0,0	0,0
<b>Totaal B</b>	<b>0,0</b>	<b>25,7</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Totaal A+B=C</b>	<b>2.080,9</b>	<b>29,7</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>

**Vraag 4:**

Hoeveel van het budget onder «Vaccin ontwikkeling, implementatie en medicatie» is gereserveerd voor medicatie ontwikkeling?

**Antwoord:**

Er is momenteel op deze post geen budget beschikbaar voor medicatie ontwikkeling. Er is via het programma Innovatieve behandelingen en de onderzoeken naar behandelingen wel geld beschikbaar voor COVID-19 medicatie. Dit is onderdeel van de post Onderzoek en betreft een bedrag van € 5 miljoen voor 2022.

**Vraag 5:**

Hoeveel en welke XL teststraten zijn er opgezet en welke zijn daadwerkelijk operationeel?

**Antwoord:**

In totaal zijn er 8 XL- paviljoens gebouwd. De bouw van de XL-testpaviljoens is gestart medio juni 2021. 6 van de 8 opgebouwde XL-testpaviljoens hebben ongeveer 4 maanden gestaan en zijn na 10 oktober afgebouwd (in Tilburg, Groningen, Amsterdam, Alkmaar, Den Haag en Maastricht). De twee XL-testpaviljoens die eind augustus zijn afgebouwd hebben ongeveer 1,5 maand gestaan (Den Bosch en Zwolle). De exploitatie van de XL-locaties heeft vanaf 23 september tot en met 9 oktober plaatsgevonden.

**Vraag 6:**

Kunt u een overzicht geven van het aantal afgenomen testen per teststraat in Nederland?

**Antwoord:**

Het inzicht per teststraat heb ik niet beschikbaar. Ik kan een overzicht geven van de afgenomen testen van 27 maart tot en met 10 oktober 2021. Dit doe ik per aanbieder, welke meer dan één teststraat kan exploiteren. Ik geef u de aantallen per maand.

Aanbieder	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sep	okt	Eind-totaal
Alegria Health				6.935	20.529	14.425	18.718	22.136	82.743
Check Covid			6.208	36.123	63.424	53.627	38.685	41.503	239.570
CoronasneltestNederland.nl			5.200	40.754	50.815	28.412	43.317	23.595	192.093
Covidia				61.794	132.377	60.993	92.438	103.596	451.198
COVIDTest Nederland			1.969	20.591	38.321	24.487	23.595	23.813	132.776
Ecocare			2.270	41.995	74.696	39.112	58.867	61.938	278.878
Hestia Cardiovascular Service Center			0	10.366	64.703	45.527	60.871	71.595	253.062
Lead Healthcare Covid Services	5.093	14.1474	86.713						233.280
Platalea			6.550	32.073	70.939	35.673	37.849	50.457	233.541
Snellecoronatest			2.931	30.251	46.100	29.702	37.949	39.912	186.845
SpeedCovidTest				242	5.811	3.350	4.838	5.613	19.854
Spoedtestcorona			19.155	62.786	126.550	65.043	76.972	88.657	439.163
<b>Eindtotaal</b>	<b>5.093</b>	<b>141.474</b>	<b>130.996</b>	<b>343.910</b>	<b>694.265</b>	<b>400.351</b>	<b>494.099</b>	<b>532.815</b>	<b>2.743.003</b>

### Vraag 7:

Kan aangegeven worden hoe groot de ic-capaciteit op dit moment is? Hoeveel ic-bedden zijn er in totaal?

### Antwoord:

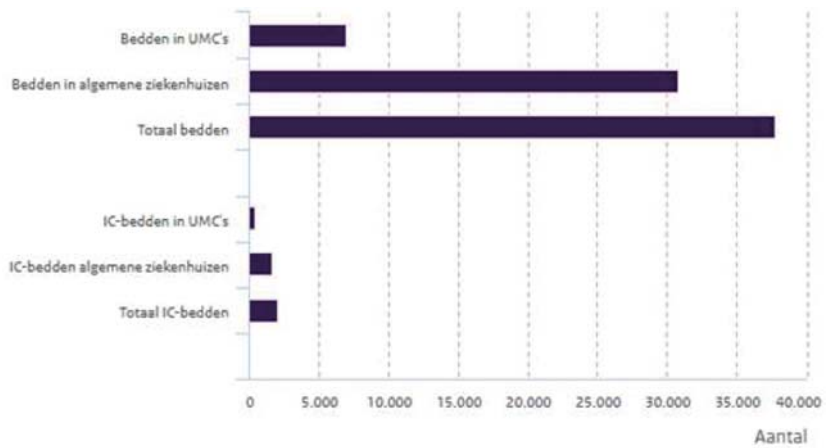
Volgens het LCPS is de totale IC-capaciteit op 8 november 2021 985 IC-bedden (LCPS dagrapportage 8 november 2021). Deze capaciteit bestaat uit bezette bedden, BOSS-capaciteit en vrije capaciteit. Het LNAZ geeft in het geactualiseerde Opschalingsplan en de begeleidende brief van 1 november 2021 aan hoe op een verantwoorde manier kortdurend opgeschaald kan worden naar 1.350 IC-bedden. Daarnaast geeft het LNAZ aan dat een uitbreiding naar meer dan 1.350 IC-bedden op dit moment niet haalbaar is, ook niet wanneer die extra opschaling geconcentreerd zou worden in enkele ziekenhuizen. De belangrijkste oorzaak hiervoor is een tekort aan zorgprofessionals – met name IC-verpleegkundigen – door een aanhoudend hoog ziekteverzuim en een verhoogde uitstroom. Mochten we op enig moment alsnog tegen een tekort aan IC-capaciteit aanlopen, dan zal ik opnieuw met het LNAZ en het veld in overleg treden om te bezien welke vervolgstappen genomen kunnen worden om een dergelijke onverhoopte «piek van de piek» aan te kunnen.

### Vraag 8:

Hoeveel ziekenhuisbedden zijn er in Nederland uitgesplitst naar algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen?

### Antwoord:

In 2018 waren er volgens de jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording in de zorg in totaal 39.900 ziekenhuisbedden. Dit betreft het aantal bedden in universitaire ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra. Bedden op de afdelingen psychiatrie van universitaire en algemene ziekenhuizen zijn niet meegeteld, evenals bedden in zelfstandige behandelcentra (ZBC's), voor zover ze geen onderdeel van een ziekenhuisconcern uitmaken. Op basis van de gegevens in de jaardocumenten kan geen uitsplitsing worden gemaakt voor een uitsplitsing naar type ziekenhuis. Dit is wel mogelijk met gegevens van een andere bron van een jaar eerder. De grafiek toont de uitsplitsing naar type ziekenhuis en IC-bedden. In 2017 stond ruim 80% van de ziekenhuisbedden in algemene ziekenhuizen. Deze informatie is gebaseerd op volksgezondheidszorg.info van het RIVM. Ik beschik niet over een integraal beeld van de ontwikkelingen sindsdien.



Bron: Dutch Hospital Data/Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen [\(bron na 2017 stopgezet\)](#)

IC-bedden algemene ziekenhuizen en UMC's is deels inclusief medium care, Cardio Care Unit (CCU) en Eerste Harthulp (EHH) bedden

### Vraag 9:

Hoeveel ziekenhuizen zijn er in Nederland, kan daarbij een uitsplitsing per type ziekenhuis gegeven worden?

#### Antwoord:

In 2019 telde Nederland 69 ziekenhuisorganisaties, waarvan 8 universitaire medische centra. Het ging in totaal om 116 ziekenhuislocaties (101 algemene ziekenhuizen, 8 academische ziekenhuizen en 7 kindziekenhuizen) en 129 buitenpoliklinieken. Ik beschik niet over een integraal beeld van de ontwikkelingen sindsdien. Algemene en academische ziekenhuizen leveren net zoals categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) verzekerde zorg. Hiervoor moeten zij een toelating hebben op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). In de registratie van de Wtzi wordt geen eenduidig onderscheid gemaakt in ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Hierdoor is het niet goed mogelijk vast te stellen hoeveel categorale ziekenhuizen en ZBC's er zijn. Deze informatie is gebaseerd op volksgezondheidszorg.info van het RIVM.

### Vraag 10:

Waarom was het nodig om met de verlenging van de garantstelling analysecapaciteit deze te verhogen met € 13,5 miljoen, van € 151,6 miljoen naar € 165,1 miljoen?

#### Antwoord:

Het bedrag van de garantstelling wordt berekend op basis van de nog openstaande (mogelijke) garantie uitgaven die gedaan zouden kunnen worden in de looptijd van de garantstelling. Omdat onduidelijk was of de nieuwe contracten zonder garantstellingen definitief gegund konden worden binnen de vorige looptijd, is de looptijd met een ruime marge verlengd. Door de verlenging steeg het bedrag aan maximale garantie uitgaven in die periode. Tegelijkertijd kon er over de reeds verlopen periode herijkt worden wat er werkelijk aan garanties was gerealiseerd. Deze twee posten tezamen maakten het nodig om de garantstelling te verhogen met € 13,5 miljoen.

**Vraag 11:**

Waarom is ook bij de niet corona gerelateerde uitgaven een beroep gedaan op artikel 2.27 van de Comptabiliteitswet? Waarom is hier sprake van spoedeisendheid?

**Antwoord:**

De niet covid gerelateerde maatregelen zijn opgenomen omdat het Rijk zich genoodzaakt ziet om voor deze maatregelen reeds verplichtingen aan te gaan nadat het parlement vooraf is geïnformeerd, maar niet gewacht kan worden tot het moment van autorisatie vanuit het parlement. Het betreft activiteiten die vóór het najaar 2021 tot uitvoering moesten komen.

**Vraag 12:**

Wat is er in 2021 uitgegeven aan beveiliging van transporten van de vaccins naar vaccinatie locaties? Waarom is dit in 2022 nog steeds nodig?

**Antwoord:**

In 2021 is er € 4 miljoen uitgegeven voor de beveiliging van de vaccintransporten. Deze kosten zijn vooral in het begin van het jaar gemaakt toen de vaccins nog schaars waren en mede in het licht van de grootschalige vaccinatie. Gedurende het jaar en ook in de context van het latere fijnmazig vaccineren is de beveiliging op een andere manier ingericht, met aandacht voor maatwerk en aanwezige risico's.

Ook in 2022 verwachten we kosten voor de beveiliging, echter is de post in de begroting 2022 niet alleen bedoeld voor de beveiliging van de transporten maar ook voor de beveiliging van priklocaties.

**Vraag 13:**

Waarom worden er in deze incidentele suppletoire begrotingswijziging ook wijzigingen voor 2022 opgenomen? Waarom is dit niet gewoon meegenomen in de begroting voor het jaar 2022? Kan een overzicht worden gegeven van wat er in de Elfde incidentele suppletoire begrotingswijziging is opgenomen voor de jaren 2022 en 2023?

**Antwoord:**

De verplichtingen bij bovenstaande posten worden al in 2021 aangegaan, terwijl de uitgaven in 2022 en 2023 plaatsvinden. Er worden ter voorbereiding op de uitvoering in 2022 overeenkomsten gesloten met de verschillende partijen in 2021, deze leiden tot een verplichting. Met deze ISB wordt voorkomen dat de uitvoering niet hand kan worden genomen en wordt cf. 2.27, tweede lid, CW uw Kamer hierover geïnformeerd door middel van deze incidentele suppletoire begroting (ISB).

**Vraag 14:**

Wat is het financiële totaalbeeld van wat in de komende jaren nodig is voor de GGD/GHOR?

**Antwoord:**

De financiële behoefte van de GGD-GHOR komt voort uit de werkzaamheden die zij uitvoert in opdracht van het Ministerie van VWS in het kader van de COVID-19 crisis. De werkzaamheden in 2022 en het benodigde serviceniveau worden momenteel in beeld gebracht, maar hiervoor geldt dat dit sterk afhankelijk is van de epidemiologische situatie en geldende test-, traceer- en vaccinatiestrategieën. Voor de jaren 2023 en verder is het nog niet mogelijk een inschatting te maken omdat dit sterk afhankelijk is van de ontwikkeling van de COVID-19 crisis.

**Vraag 15:**

Hoe kan nu al worden ingeschat wat de testcapaciteit is passend bij het staand beleid in 2022?

**Antwoord:**

Het is inderdaad niet eenvoudig om nu al precies in te schatten welke testcapaciteit in 2022 nodig is. Tegelijkertijd is het voor GGD'en wel belangrijk om tijdig te weten op welke testcapaciteit ingezet moet worden. Zij moeten immers nu al keuzes maken waarbij dit van invloed is als het bijvoorbeeld gaat om het al dan niet verlengen van personele contracten en (langer) vastleggen van testlocaties. Het kabinet heeft het principebesluit genomen om het testbeleid van Q4 2021 – welk gebaseerd is op de testprognose van de LCT – door te trekken naar Q1 en Q2 2022. Wel wordt periodiek gewogen of en wanneer er op- en/of afgeschaald kan worden afhankelijk van de epidemiologische situatie.

**Vraag 16:**

Op welke vaccinatiestrategie is de inschatting van € 134 miljoen voor vaccinimplementatie in 2022 gebaseerd en is daarin al rekening gehouden met een derde prik voor mensen met een ernstige afweerstoornis?

**Antwoord:**

Zie het antwoord op vraag 2.

**Vraag 17:**

Waarop is het bedrag van € 134 miljoen voor de uitvoering van de vaccinatiestrategie in 2022 gebaseerd?

**Antwoord:**

Zie het antwoord op vraag 2.

**Vraag 18:**

Wat is de meerkostenafspraken GGD'en?

**Antwoord:**

De meerkostenregeling vindt zijn oorsprong in het bevel van de Minister aan de voorzitters van de Veiligheidsregio's om de GGD'en op te dragen de nodige maatregelen te nemen om de pandemie te bestrijden. Daarvoor maken de GGD'en kosten. De financiële en bestuurlijke afspraak is dat de daadwerkelijk gemaakte extra kosten (meerkosten) in verband met de bestrijding van covid-19 kunnen worden gefactureerd. Dit zijn zowel specifieke meerkosten (extra gemaakte kosten die direct aan COVID-19 activiteiten zijn toe te wijzen zoals bron- en contactonderzoek, bemonstering, etc.) als overige meerkosten waaronder extra gemaakte kosten voor reguliere taken, bijvoorbeeld voor uitgestelde dienstverlening die moet worden ingehaald en leidt tot externe inhuur.

**Vraag 19:**

Hoeveel extra gesprekken hadden gevoerd kunnen worden met mensen om mensen te overtuigen zich te laten vaccineren als de € 630,1 miljoen die is uitgegeven aan commerciële toegangstesten was ingezet om mensen te overtuigen zich te laten vaccineren?

**Antwoord:**

De inzet om de vaccinatiegraad te verhogen is breed en gevarieerd: er zijn campagnes ingezet voor voorlichting, maar ook de GGD speelt een belangrijke rol bij het fijnmazig vaccineren. Daarbij geldt ook dat de GGD'en voor hun taak om te vaccineren en de vaccinatiegraad te verhogen, bekostigd worden via de meerkostenafspraken waarvoor geen plafondafspraken gemaakt zijn.

**Vraag 20:**

Hoeveel extra mobiele prikteams hadden kunnen worden ingezet van de € 630,1 miljoen die is uitgegeven aan commerciële toegangstesten?

**Antwoord:**

Bij mobiele prikteams gaat het over het fijnmazig vaccineren door de GGD'en. Dit fijnmazig vaccineren bestaat uit tal van initiatieven die de GGD'en inzetten op basis van regionaal maatwerk. Dat kan variëren van twee mensen die naar een moskee gaan, tot een grote vaccinatie locatie in een stad tot naar instellingen en niet-mobiele thuiswonenden gaan. De inzet van de GGD is breed en gevarieerd en daarom is het niet eenduidig te kwantificeren wat de inzet van een mobiel prikteam kost. Daarbij geldt ook dat de GGD'en voor hun taak om te vaccineren en de vaccinatiegraad te verhogen, bekostigd worden via de meerkostenafspraken waarvoor geen plafondafspraken gemaakt zijn.

**Vraag 21:**

Welk deel van de totale uitgaven aan commercieel testen via Testen voor Toegang komt uiteindelijk ten goede aan winst van de betrokken bedrijven?

**Antwoord:**

De testaanbieders kregen tot 11 oktober 2021 betaald middels een tarief dat tot stand is gekomen na een marktverkenning. Dat tarief bestaat uit een vaste component voor de kosten die gemaakt worden om de testcapaciteit te realiseren en in stand te houden en een variabele component dat de feitelijke uitvoering van de testen betreft en met name personeelskosten betreft. De inzet van de testcapaciteit (de variabele kosten) probeerde SON in die periode zo strak mogelijk op de daadwerkelijke testbehoefte te plannen. Sinds 11 oktober krijgt een testaanbieder een vaste prijs per afgenomen test (€ 12,77) waarbij alleen voor de daadwerkelijk afgenomen testen betaald wordt waardoor er geen vaste vergoeding meer betaald wordt aan een testaanbieder. De winstmarge zal per testaanbieder verschillen en ik heb daar geen inzicht in.

**Vraag 22:**

Hoeveel gevallen zijn bekend van onterecht afgegeven negatieve testuitslagen door commerciële aanbieders van toegangstesten? Hoe verhoudt dit zich tot onterecht afgegeven negatieve testuitslagen bij de GGD'en?

**Antwoord:**

Op basis van de vraagstelling ga ik er van uit dat de vraag is in hoeveel gevallen achteraf is vastgesteld dat er bij de commerciële aanbieders van toegangstesten sprake is van fout-negatieve testuitslagen, dus negatieve uitslagen die mensen krijgen die eigenlijk besmet zijn. Ik heb daar geen cijfers over. Het is bekend dat de sensitiviteit van de gebruikte testmethode een oorzaak kan zijn van fout-negatieve testuitslagen. Commerciële aanbieders van toegangstesten bieden een andere testmix aan dan de GGD'en. Bij de GGD wordt veel gebruik gemaakt van PCR-testen en bij commerciële aanbieders van toegangstesten wordt alleen gebruik gemaakt van antigeen-sneltesten. Antigeen-sneltesten hebben een lagere sensitiviteit. In Nederland wordt gebruik gemaakt van tussen EU-lidstaten erkende antigeen-sneltesten met een sensitiviteit van meer dan 80% ([https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness\\_response/docs/covid-19\\_rat\\_common-list\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness_response/docs/covid-19_rat_common-list_en.pdf)).

**Vraag 23:**

Hoeveel XL-teststraten zijn op dit moment operationeel en hoeveel zijn er gesloten?

**Antwoord:**

De XL-paviljoens zijn na 10 oktober 2021 gesloten voor het doel van spoor 2a. De gehele testcapaciteit voor spoor 2a wordt vormgegeven door de



nieuwe Open House die op 11 oktober 2021 is gestart. Alle XL- paviljoens zijn na 10 oktober afgebouwd, met uitzondering van de testlocatie in Groningen. Deze locatie wordt gebruikt als asielzoekerscentrum.

**Vraag 24:**

Wat gaan de veiligheidsregio's doen voor de € 15 miljoen in het jaar 2022?

**Antwoord:**

De meerkosten voor de veiligheidsregio's zijn gebaseerd op een onderzoeksrapport van AEF naar de bijkomende kosten als gevolg van corona. Dit omvat verschillende kosten die voortvloeien uit hun verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld entryscreening en crisiscommunicatie).

**Vraag 25:**

Kan een totaaloverzicht worden gegeven van de uitgaven voor pandemische paraatheid in 2021, 2022 en 2023 en wat daar precies voor wordt gedaan?

**Antwoord:**

In onderstaande tabel wordt een totaaloverzicht weergegeven van de uitgaven voor pandemische paraatheid in 2021, 2022 en 2023 uitgesplitst naar onderdeel:

Pandemische paraatheid (*1000)	2021	2022	2023
w.o. – Pandemische paraatheid volksgezondheid	4.000	7.000	7.000
w.o. – Zorgreservisten	–	5.000	5.000
w.o. – Leveringszekerheid (investeren in weerbaarheid medische productiesector)	2.500	2.500	–
w.o. – Leveringszekerheid (onderzoek en advies)	1.100	2.000	–
w.o. – Versterken crisisbestendigheid acute kolom	–	4.000	–
w.o. – Versterken langdurige zorg	200	1.500	1.200
<b>Totaal pandemische paraatheid</b>	<b>7.800</b>	<b>22.000</b>	<b>13.200</b>

*Pandemische paraatheid volksgezondheid*

Deze bedragen zijn bestemd voor de apparaatskosten en opstartkosten die komen kijken bij deze opgave, waaronder het formuleren van de beleidsagenda voor de pandemische paraatheid.

*Zorgreservisten*

Voor pandemische paraatheid is het noodzakelijk om een Nationale Zorgreserve van oud-zorgmedewerkers (verpleegkundigen en verzorgenden inzetbaar binnen verschillende sectoren in de zorg) beschikbaar te houden, die bereid zijn om in noodsituaties/crisis tijdelijk bij te springen als zorgreservist.

*Leveringszekerheid (investeren in weerbaarheid medische productiesector)*

Het budget zal worden ingezet bij het opstarten van productie voor de medische sector in Nederland waar nu aantoonbaar een tekort is gebleken in de Europese Unie.

*Leveringszekerheid (onderzoek en advies)*

Om de opgave voor het nieuwe kabinet inzake leveringszekerheid verder uit te werken wordt budget beschikbaar gesteld voor bijvoorbeeld marktonderzoek, het inkopen van adviesdiensten en onderzoek naar kwetsbaarheden in mondiale productie en toeleveringsketen voor geneesmiddelen, persoonlijke beschermingsmiddelen, medische technologie en verdere verkenning van mogelijkheden voor eventuele productie in Europees en nationaal verband.

*Versterken crisisbestendigheid acute kolom*

Dit betreft de voortzetting van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (LCPS) in 2022.

**Vraag 26:**

Was de verlenging van het LCPS al een half jaar geleden te verwachten? Zo ja, waarom is bij deze uitgaven dan een beroep gedaan op artikel 2.27 van de Comptabiliteitswet?

**Antwoord:**

Er wordt telkens op basis van de epidemiologische situatie gezien welke maatregelen noodzakelijk zijn en of verlenging van onder meer het LCPS noodzakelijk is. Er wordt daarom medio 2021 besloten over voortzetting in 2022. Voortzetting vraagt ook om tijdig verplichtingenruimte beschikbaar stellen. Dit maakt dat een beroep is gedaan op artikel 2.27, tweede lid, CW.

**Vraag 27:**

Er is in 2021, € 29 miljoen beschikbaar voor innovatieve begeleidingsvormen voor stages en in 2022 € 63,5 miljoen, kunt u aangeven hoe de invulling van deze uitgaven eruit ziet?

**Antwoord:**

Voor de zorg is het van belang dat er voldoende instroom van personeel is. Dat kan alleen als studenten van zorgopleidingen hun opleiding kunnen afronden zonder vertraging, er dienen derhalve voldoende stageplekken van een voldoende kwaliteit beschikbaar te zijn. De beschikbaarheid van voldoende stages van goede kwaliteit speelt een cruciale rol voor de zorgarbeidsmarkt en juist daar knelt het. De capaciteit voor stagebegeleiding staat onder druk, omdat er te weinig begeleidingscapaciteit is. Daarbovenop konden in 2020 en 2021 een fors aantal stages niet doorgaan als gevolg van COVID-19. Op dit moment zie ik de mogelijkheden om op korte termijn werk te maken van het inhalen van uit- en afgestelde stages. Omdat er een tekort is aan stagebegeleiders is het noodzakelijk om de stagebegeleiding zo efficiënt mogelijk vorm te geven. Dit vergt innovatieve begeleidingsvormen en om hieraan een stimulans te bieden is in 2022 € 63,5 miljoen beschikbaar vanuit het Rijk als aanvullende impuls bovenop de reeds bestaande arrangementen voor stages. De komende periode wordt deze impuls nader uitgewerkt en geconcretiseerd. Om stageaanbieders reeds op korte termijn meer financiële ruimte te bieden bij het aanbieden van stages zal in 2021 het plafond voor de Stagefonds uitbetaling worden verhoogd met € 13 miljoen. Zo kunnen stageaanbieders al op korte termijn aan de slag met het inhalen van uit- en afgestelde stages.

Daarnaast wordt van de € 29 miljoen een bedrag van € 16 miljoen gebruikt voor de subsidieregeling Coronabanen in de Zorg, zodat de aanvragen in het tweede tijdvak volledig gehonoreerd kunnen worden. Zie ook mijn brief van d.d. 16 september 2021 (Kamerstuk 35 906, nr. 4) met een aanvullende toelichting op de 11<sup>e</sup> ISB.

**Vraag 28:**

Tot en met wanneer wordt de regeling Voorwaardelijke toelating paramedische herstellzorg verlengd?

**Antwoord:**

De regeling Voorwaardelijke toelating paramedische herstellzorg is afgelopen zomer eenmalig verlengd en loopt tot 1 augustus 2022. Op basis van ramingen van het Zorginstituut, pas ik het budget aan voor 2022.

**Vraag 29:**

Wordt met de genoemde verlenging van de regeling Voorwaardelijke toelating paramedische herstellzorg de reeds aangekondigde verlenging tot 1 augustus 2022 bedoeld, of wordt de regeling nog verder verlengd?

**Antwoord:**

De regeling Voorwaardelijke toelating paramedische herstellzorg loopt tot 1 augustus 2022 en wordt hiermee niet verder verlengd. Vanwege een hoger dan verwacht aantal besmettingen, verwacht ik op basis van ramingen van het Zorginstituut dat de kosten voor deze regeling in 2022 hoger zullen uitvallen dan in de begroting stond. Daarom pas ik nu het budget voor 2022 aan.