

Vergaderjaar 2021–2022

35 526

Tijdelijke bepalingen in verband met maatregelen ter bestrijding van de epidemie van covid-19 voor de langere termijn (Tijdelijke wet maatregelen covid-19)

25 295

Infectieziektenbestrijding

EL¹

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 3 juni 2022

De leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid², Volksgezondheid, Welzijn en Sport³ en Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van de Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning⁴ hebben kennisgenomen van de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 31 maart 2022 met een drietal opties voor een wettelijke grondslag voor verplichtende maatregelen ter bestrijding van covid-19 op de lange termijn⁵, de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 1 april 2022 over de langetermijnaanpak covid-19⁶ en de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van 1 april 2022 met de kabinetsreactie op rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid «Aanpak coronacrisis deel 1: tot september 2020»⁷.

¹ De letters EL hebben alleen betrekking op 35 526.

² Samenstelling:

Backer (D66), De Boer (GL) (*voorzitter*), Van Dijk (SGP), Van Hattem (PVV), Rombouts (CDA), Baay-Timmerman (50PLUS), Van den Berg (VVD), arbouw (VVD), Bezaan (PVV), De Blécourt-Wouterse (VVD), Dittrich (D66), Doornhof (CDA), Janssen (SP), Karimi (GL), Meijer (VVD), Nicolai (PvdD), Otten (Fractie-Otten) (*ondervoorzitter*), Recourt (PvdA), Rietkerk (CDA), Veldhoen (GL), Van Wely (Fractie-Nanninga), Nanninga (Fractie-Nanninga), Raven (OSF), Karakus (PvdA), Talsma (CU) en Hiddema (Fractie-Frentrop).

³ Samenstelling:

Ganzevoort (GL), Gerkens (SP), Van Dijk (SGP), Van Hattem (PVV), Oomen-Ruijten (CDA), Rombouts (CDA), Bredenoord (D66), Koole (PvdA), De Bruijn-Wezeman (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), A.J.M. van Kesteren (PVV), Klip-Martin (VVD) (*voorzitter*), Vos (VVD), Dessing (FVD), Van Gurp (GL), Prast (PvdD), Van Pareren (Fractie-Nanninga) (*ondervoorzitter*), Prins (CDA), Vendrik (GL), Verkerk (CU), De Vries (Fractie-Otten), Van der Voort (D66), Keunen (VVD), Hermans (Fractie-Nanninga), Raven (OSF) en Karakus (PvdA).

⁴ Samenstelling:

Kox (SP), Ganzevoort (GL), De Boer (GL), Van Hattem (PVV), Pijlman (D66), Rombouts (CDA), Schalk (SGP), Koole (PvdA), Klip-Martin (VVD), Baay-Timmerman (50PLUS), Bezaan (VVD), Van den Berg (VVD), Crone (PvdA), Dittrich (D66) (*voorzitter*), Doornhof (CDA), Frentrop (Fractie-Frentrop), Meijer (VVD), Nicolai (PvdD) (*ondervoorzitter*), Rietkerk (CDA), Rosenmöller (GL), De Vries (Fractie-Otten), Keunen (VVD), Van der Linden (Fractie-Nanninga), Van Pareren (Fractie-Nanninga), Raven (OSF), Talsma (CU) en Dessing (FVD).

⁵ *Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, DZ.*

⁶ *Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, EA.*

⁷ *Kamerstukken I 2021/22, 25 295, AF.*

De leden van de fracties van **VVD, CDA, D66, PVV** en **PvdD** hebben naar aanleiding van een of meerdere van deze brieven nog de volgende vragen. De leden van de **Fractie-Otten** sluiten zich aan bij de vraag van de PvdD-fractie.⁸

Naar aanleiding hiervan is op 10 mei 2022 een brief gestuurd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Minister heeft op 2 juni 2022 gereageerd.

De commissies brengen bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier voor dit verslag,
Van Dooren

⁸ Deze brief is opgesteld voorafgaand aan de ontvangst van de brief van 4 mei 2022 over de hoofdlijnen van de eerste tranche van de herziening van de Wet publieke gezondheid (*Kamerstukken I 2021/22, 25 295/35 526, AH*).

BRIEF VAN DE VOORZITTERS VAN DE VASTE COMMISSIES VOOR JUSTITIE EN VEILIGHEID, VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN BINNENLANDSE ZAKEN EN HOGE COLLEGES VAN DE STAAT / KONINKRIJKSRELATIES ALGEMENE ZAKEN EN HUIS VAN DE KONING

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 10 mei 2022

De leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van de Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ) hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 31 maart 2022 met een drietal opties voor een wettelijke grondslag voor verplichtende maatregelen ter bestrijding van covid-19 op de lange termijn⁹, de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 1 april 2022 over de langetermijn-aanpak covid-19¹⁰ en de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van 1 april 2022 met de kabinetsreactie op rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid «Aanpak coronacrisis deel 1: tot september 2020»¹¹.

De leden van de fracties van **VVD, CDA, D66, PVV** en **PvdD** hebben naar aanleiding van een of meerdere van deze brieven nog de volgende vragen. De leden van de **Fractie-Otten** sluiten zich aan bij de vraag van de PvdD-fractie.¹²

Vragen van de VVD-fractieleden

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brieven over de opties voor een wettelijke grondslag voor maatregelen ter bestrijding van covid-19 op de lange termijn en de brief over de langetermijnaanpak covid-19. Zij hebben nog een aantal vragen daarover.

Juridisch kader

Het kabinet stelt dat het vanwege de onzekerheid over hoe het virus zich de komende tijd zal ontwikkelen, noodzakelijk is om ter bestrijding van de epidemie van covid-19 of een directe dreiging daarvan, juridisch afdwingbare maatregelen te kunnen blijven nemen. De leden van de VVD-fractie hebben op eerdere momenten laten weten een tijdelijke wet daarvoor niet langer geschikt te achten. Het kabinet legt drie opties voor een juridisch instrumentarium ter bespreking aan beide Kamers voor: 1) het telkens verlengen van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (hierna: Twm covid-19), 2) een overbruggingswet, 3) wettelijke grondslag voor verplichtende maatregelen uit de Twm covid-19 helemaal laten vervallen. Voornoemde leden zijn teleurgesteld dat ondanks het aandringen van beide Kamers om de Wet publieke gezondheid te herzien, er nog niet een begin ligt van een plan van aanpak en dat ook de door de leden in januari jongstleden gestelde vragen naar aanleiding van het advies van de Raad

⁹ *Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, DZ.*

¹⁰ *Kamerstukken I 2021/22, 35 526 / 25 295, EA.*

¹¹ *Kamerstukken I 2021/22, 25 295, AF.*

¹² Deze brief is opgesteld voorafgaand aan de ontvangst van de brief van 4 mei 2022 over de hoofdlijnen van de eerste tranche van de herziening van de Wet publieke gezondheid (*Kamerstukken I 2021/22, 25 295/35 526, AH*).

van State, «Van noodwet tot crisisrecht»¹³, nog steeds niet zijn beantwoord. Over optie 2, een overbruggingswet, hebben zij de volgende vragen.

Hoe breed of hoe smal moet naar het oordeel van het kabinet het wettelijk instrumentarium van de overbruggingswet zijn? Is het risico van een smalle wet dat bij een hernieuwde uitbraak met een ernstig ziekmakendere variant, het instrumentarium ontoereikend is en er opnieuw onder tijdsdruk wettelijke bepalingen moeten worden toegevoegd? Hoe waarborgt het kabinet in dat geval dat er voldoende tijd zal zijn om de proportionaliteit van de bevoegdheden, de haalbaarheid en de uitvoerbaarheid te beoordelen? Hoeveel weken denkt het kabinet hiervoor nodig te hebben?

Het kabinet stelt dat in scenario 4, *worst case*, ingrijpende contactbeperkende maatregelen nodig zijn tot aan volledige en langdurige sluiting toe, alhoewel de kans dat dit scenario zich voltrekt erg klein wordt geacht.¹⁴ Hoe houdbaar is in dit scenario het schrappen van alle op onderwijsinstellingen gerichte maatregelen? Scenario 4 gaat immers uit van een situatie waarbij sprake is van (zeer) hoge ziekte en sterfte, bijvoorbeeld als gevolg van een nieuwe, ernstige variant, die veel slachtoffers eist en waartoe opgebouwde immuniteit en vaccins slechts in beperkte mate beschermen.

Uit de brieven van het kabinet maken de leden van de VVD-fractie op dat het de kans dat scenario 3 – continue strijd – zich voordoet, minder onwaarschijnlijk acht. Ook in dit scenario blijven volgens het kabinet verplichte contactbeperkende maatregelen nodig. Genoemd worden coronatoegangsbewijzen (hierna: CTB), 1,5 meter afstand houden, placering, capaciteitsbeperking et cetera. Hoe worden de implicaties van de scenario's 3 en 4 vertaald in een eventuele overbruggingswet? In hoeverre verhoudt zich een dergelijk breed instrumentarium met de door de Eerste Kamer met brede steun aangenomen motie-de Boer (Groen-Links) c.s.¹⁵ waarin slechts gesproken wordt over basismaatregelen, zoals afstand houden, mondkapjes dragen en hygiënemaatregelen in acht nemen?

Langetermijnaanpak

Het kabinet geeft aan dat de beschikbaarheid van vaccins, en daarmee de opgebouwde immuniteit, het afgelopen jaar dé reden is geweest dat de samenleving kon worden heropend en de druk op de zorg kon worden verlicht. Is de impact van vaccinatie als maatregel om de gevolgen van het virus te beheersen ook afgezet tegen de impact van «*first defence*» maatregelen, zoals hygiënemaatregelen, isolatie, quarantaine, contactbeperkingen, CTB et cetera? Bij welke vaccinatiegraad is het risico dat contactbeperkende maatregelen moeten worden opgelegd, vrijwel uitgesloten, ervan uitgaande dat het vaccin effectief is ter voorkoming van ernstige ziekte en overlijden? Hoe staat het kabinet tegenover de in het komende najaar gedaalde boosterimmuniteit? Kan het kabinet in relatie tot de afgenomen boosterimmuniteit en de reële kans van opleving van het coronavirus in het najaar, aangeven of de ic-capaciteit alsdan op orde is?

¹³ Kamerstukken I 2021/22, 29 668 / 26 956 / 35 526, B.

¹⁴ Kamerstukken I 2021/22, 35 420, BX, p. 9.

¹⁵ Kamerstukken I 2021/22, 35 979, G.

Vragen van de CDA-fractieleden

Met grote belangstelling hebben de leden van de CDA-fractie kennisgenomen van de brief van 1 april 2022 met de langetermijnstrategie ter bestrijding van covid-19. Tegelijkertijd constateren zij dat deze strategie in feite een eerste stap is om te komen tot een volwaardige strategie die voldoende helderheid en handvatten biedt, mocht het coronavirus weer toeslaan. Een strategie die uitvoerbaar en handhaafbaar is en geaccepteerd wordt. Kan het kabinet aangeven wanneer deze langetermijnstrategie verder uitgewerkt is? De leden van de CDA-fractie vragen dit mede met het oog op het ongewisse gedrag van dit virus, waarbij de start van het herfst-/winterseizoen – zo is de ervaring tot nu toe – duidelijk een rol speelt.

De doelstellingen van de nieuwe strategie zijn wezenlijk anders dan de tot nog toe gehanteerde doelstellingen, namelijk een balans tussen de sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit en toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. De leden van de CDA-fractie constateren dat de strategie in feite tot doel heeft om «het gewone leven» te continueren. Tegelijkertijd worden ook op de eerste bladzijden van de brief nog vele vragen gesteld, waarop nog geen antwoord wordt gegeven. Wanneer kunnen de antwoorden op deze vragen, die het kabinet zichzelf heeft gesteld, worden verwacht?

De leden van deze fractie hebben waardering voor de nieuw geformuleerde doelstelling, maar vragen zich wel af in hoeverre beide doelstellingen gerealiseerd kunnen worden als het virus toch in alle hevigheid toeslaat, zoals bijvoorbeeld in scenario 4. Zij hebben hierover dan ook enkele vragen. Welke criteria worden gehanteerd bij het bepalen van de verschillende scenario's? Met name bij de keuze tussen scenario 2 en scenario 3 (inzet verplichtende maatregelen) en tussen scenario 3 en 4 (*worst case*). In het kader van uitvoerbaarheid en acceptatie is helderheid hierover van belang. Daarbij is het de vraag in hoeverre het bij scenario 4 realistisch is te blijven inzetten op beide doelstellingen. Wat te doen als de ziekenhuizen toch weer overvol raken door besmettingen en/of het verzuim zo groot is dat de zorg haar werk niet meer optimaal kan doen? Ook bij scenario 2 is er een groot risico op hoog verzuim, ook in de zorg. Hoe wil het kabinet in dergelijke omstandigheden handelen?

Op pagina 3 en 4 van de brief wordt ook stilgestaan bij het belang van vaccinatie versus de keuzevrijheid tot vaccinatie. In de brief staat over het wel of niet vaccineren vervolgens: «*Dit is echter niet zonder consequenties, niet voor het individu, gegeven de grotere kans op een ernstig ziekteverloop, maar ook niet voor de samenleving als geheel.*» De consequentie van niet vaccineren kan immers botsen met het uitgangspunt van een open samenleving en een toegankelijke zorgketen. Aan het einde van die alinea wordt enerzijds het belang van draagvlak aangegeven, maar ook het belang van ieders verantwoordelijkheid, waarbij ook een passend juridisch instrumentarium noodzakelijk is. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de zinsnede «passend juridisch instrumentarium» in relatie tot de keuzevrijheid inzake vaccinatie gelezen moet worden.

Deze langetermijnstrategie legt de verantwoordelijkheid voor het omgaan (en waar mogelijk preventief acteren) met het covid-19-virus bij de samenleving, bij ondernemers en bij de individuele burgers. Intussen, zo constateren deze leden, heeft covid-19 juist bij burgers van niet-Nederlandse afkomst, respectievelijk met een lagere sociaal economische status, verhoudingsgewijs meer slachtoffers gemaakt. Hoe wil het kabinet extra zorg aan deze groep burgers verlenen, zodat bij een

eventuele volgende aanval van het virus deze groep gezonder is en/of bereid is zich te laten vaccineren?

Bij dezelfde groep komen aanmerkelijk vaker chronische stress, angsten of depressie voor dan bij mensen met een hogere sociaal economische status, zo geeft de Gezondheidsraad aan, ook als het gaat om corona en de coronacrisis. Welke concrete plannen heeft het kabinet om deze hogere stress-percentages te verlagen?

In de brief staat dat covid-19-data van partijen als het RIVM en GGD ook beschikbaar worden gesteld aan derden, uiteraard voor zover dat mogelijk is binnen de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De leden van de CDA-fractie zijn benieuwd in hoeverre de AVG in dezen belemmerend kan werken, ervan uitgaande dat hier sprake is van geanonimiseerde data. Mochten er belemmeringen zijn, in hoeverre wordt dan het wettelijk kader om dit wel mogelijk te maken, aangepast?

In de strategie wordt aangegeven dat er voor kwetsbare mensen maatwerk mogelijk is, bijvoorbeeld door het verstrekken van zelfbeschermingsmiddelen, specifieke voorzieningen of venstertijden. De leden van deze fractie constateren dat het leven van veel kwetsbare mensen zich ook in «normale tijden» al kenmerkt door veel beperkingen en dat hun leven tijdens de covid-19-pandemie nog zwaarder werd. Is het kabinet bereid om per scenario meer in detail te bezien hoe het leven van juist kwetsbare mensen zoveel mogelijk op eenzelfde niveau kan worden gehouden en hoe kan worden voorkomen dat zij zich niet nog meer buitengesloten voelen c.q. ook echt buitengesloten worden. Graag krijgen deze leden hierop een reactie.

Het plan is dat de GGD's zodanig ingericht worden dat zij, indien gewenst, snel kunnen opschalen. De leden van de CDA-fractie zien dat de GGD's hiermee in de afgelopen jaren ervaring hebben opgebouwd, maar dat de opschaling moeizaam was. In hoeverre ontwikkelt het kabinet een plan waarbij de GGD's snel en praktisch kunnen opschalen en er meer eenduidig handelen en communicatie vanuit diverse GGD's is? Overweegt het kabinet een andere, wellicht meer centrale aansturing ten behoeve van een betere en meer efficiënte uitvoering?

Aangegeven wordt dat – indien proportioneel en strikt noodzakelijk vanwege bijvoorbeeld een ziekmakendere variant – het weer nodig kan zijn om het coronatoegangsbewijs (ctb) in te zetten om verdere verspreiding van het virus te beperken en tegelijkertijd sectoren open te houden. In dat kader kan aan sectoren het ctb worden aangeboden. Betekent dit dat het kabinet in deze crisissituaties niet meer zelf de sectoren aanwijst die het ctb moeten gebruiken, maar dat dit aan de individuele ondernemer respectievelijk aan specifieke branches wordt overgelaten?

De leden van de CDA-fractie lezen ook dat de sectoren zelf kunnen bepalen welke sectorale plannen zij willen opstellen en vastleggen in relatie tot de scenario's 1 en 2. Er worden geen verplichtingen vanuit de overheid opgelegd. Hoe moet dit worden geplaatst ten opzichte van de mogelijke preventieve maatregelen die nodig zijn om niet in scenario 3 te belanden en in relatie tot de zorgplicht die het kabinet heeft? En heel praktisch: wie heeft er op een bepaald moment nog een duidelijk overzicht van alle plannen en maatregelen?

Voor de organisatie van de zorg aan covid-19-patiënten wordt ingezet op een andere, deels centrale en deels regionale, sturing van de totale zorgketen. Dit moet er onder meer voor zorgen dat minder intensieve

coronazorg voor volwassenen niet in ziekenhuizen behoeft te worden gegeven. Echter, het gebrek aan zorgmedewerkers is in de verpleeghuizen, in de wijk en in de thuiszorg minstens zo groot als in de ziekenhuizen. Op papier kunnen vanzelfsprekend betere organisatie en sturing worden opgezet dankzij de ervaring van de afgelopen jaren, maar papier is geduldig. De vraag van de leden van de CDA-fractie is of er ook plannen worden uitgewerkt aan de hand van realistische getallen: getallen waarbij rekening is gehouden met het huidige aanbod van zorgmedewerkers én met het gegeven dat in een periode waarbij het coronavirus weer de kop opsteekt ook onder zorgmedewerkers meer zieken zijn dan anders.

De organisatievorm van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) heeft als voordeel dat er met de brede regionale kennis wordt gestuurd. Tegelijkertijd is in een crisissituatie ook duidelijke sturing nodig. Overweegt het kabinet om in dezen ook duidelijk doorzettingsmacht te organiseren?

In de communicatie zal onder meer worden ingezet op het vertrouwen van de overheid in de burger en versterken van de autonomie van diezelfde burger: *«jij bent zelf het beste in staat om jezelf en anderen te beschermen»*, zo staat op pagina 35 van de brief. De leden van de CDA-fractie zijn benieuwd naar de achterliggende overwegingen in dezen. Welke onderzoeksresultaten staven deze koers? Zij verwijzen daarbij naar bijvoorbeeld de scherpe polarisatie tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden en de discussie over het wel of niet inzetten van het ctb, maar denken daarbij ook aan de positie van kwetsbare burgers en mensen met een lage sociaal economische status. De leden van de CDA-fractie krijgen hierop tot slot graag een reactie.

Vragen van de D66-fractieleden

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van 1 april 2022 over de langetermijnstrategie. Zij hebben hierover nog een aantal vragen.

Het uitgangspunt van de langetermijnstrategie is om Nederland een open samenleving te laten blijven. Dit uitgangspunt lijkt echter gestoeld te zijn op de aanname dat het virus niet in een heftigere/ziekmakendere variant terugkomt, terwijl dit toch een reële mogelijkheid is. Daarnaast maken de leden van de D66 fractie uit de strategie op dat de zorg- en IC-capaciteit niet aanzienlijk zullen toenemen. Hoe is het kabinet van plan Nederland open te houden, mocht zich een nieuwe ziekmakendere variant verspreiden, die een aanzienlijke zorgvraag met zich mee brengt?

Het vaccinatieprogramma is zowel in het begin als bij de booster campagne langzaam verlopen. De leden van de D66-fractie maken uit de strategie op dat in het geval van WRR-scenario 3 of 4 er meerdere vaccinatierondes met een korte doorlooptijd nodig zijn om het virus af te remmen. Hoe de uitvoering hiervan vorm moet krijgen, blijft voor deze leden nog onduidelijk. Zij vragen hoe het kabinet van plan is deze vaccinatierondes dit keer wel snel op te schalen, mocht scenario 3 of 4 zich voordoen.

De leden van de D66-fractie zien dat de inzet op een gezonde leefstijl, om zo de kans te verkleinen op een ongunstig ziektebeloop na besmetting met covid-19, een rol speelt in de langetermijnaanpak. De leden van deze fractie zijn een groot voorstander van de inzet op een gezondere leefstijl, maar denken dat het effect hiervan pas over een langere periode terug te zien is. Kan het kabinet nogmaals puntsgewijs aangeven hoe de inzet op een gezonde leefstijl vorm gaat krijgen in de komende jaren?

Aansluitend op de vorige vraag is het niet zo dat een gezonde leefstijl per se een ernstig beloop van covid-19 voorkomt. Voorkomen van overgewicht doet dat wel. Kan het kabinet aangeven wat de gewenste mate van reductie van overgewicht is om de zorgvraag hanteerbaar te houden bij een nieuwe verheffing van covid-19 of een ander respiratoir virus?

Het blijft voor de leden van de D66 fractie onduidelijk onder welke voorwaarden vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet gaan worden. Voorspelbaarheid is een belangrijke factor voor burgers om dit soort maatregelen te kunnen blijven accepteren. Graag krijgen deze leden een uiteenzetting van de voorwaarden waaronder vrijheidsbeperkende maatregelen zullen worden ingezet. De langetermijnvisie is daarover nu onduidelijk.

De langetermijnvisie gaat uit van zowel sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit als ook van de toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. Die uitgangspunten steunen deze leden, maar zij zijn ook zo realistisch om te zien dat dat eerder niet voor beide uitgangspunten gelukt is, terwijl dat ook eerder nagestreefd werd. Is de situatie daarmee in feite niet onveranderd ten opzichte van de afgelopen twee jaar? Zo nee, waarom denkt het kabinet dat de twee doelstellingen nu wel gelijktijdig te behalen zijn?

Is in de langetermijnvisie geborgd dat er tijdig maatregelen getroffen worden, dat wil zeggen dat bij toename van het aantal infecties al maatregelen ingesteld worden in plaats van te wachten totdat ziekenhuis- en IC-opnames stijgen? Dit is relevant omdat in de afgelopen twee jaar meermaals pas maatregelen werden ingesteld nadat het aantal besmettingen exponentieel stijgend waren en daarmee een grote druk op de zorg niet meer te voorkomen was.

De leden van de fractie van D66 hebben daarnaast nog enkele vragen over de brief van 1 april 2022 met de kabinetsreactie op het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid «Aanpak coronacrisis deel 1».

De doelen van het coronabeleid van de afgelopen jaren waren drieledig: beschermen van de kwetsbaren, zicht houden op het virus en het werkbaar houden voor de zorg. Het OVV-rapport ¹⁶ geeft aan dat de eerste twee doelen niet behaald zijn. Gezien de overbelasting van in ieder geval de IC's, de uitgestelde zorg die zich heeft opgestapeld en het langdurig hoge ziekteverzuim dat is opgetreden bij zorgpersoneel, kan gesteld worden dat ook de derde doelstelling niet gehaald is. Kan het kabinet bevestigen dat geen van de drie doelen behaald zijn? Zo ja, wat betekent deze constatering? Zo nee, kan worden toegelicht waarom het kabinet dit anders ziet?

De regeringsreactie op het OVV-rapport wordt gekenmerkt door instemming met vrijwel alle constatering. De leden van de D66-fractie vernemen graag op welk van de conclusies die de OVV in het rapport trekt reeds aanpassingen zijn gedaan, zodat die issues niet opnieuw gaan spelen bij opleving van het coronavirus of andere pandemische virussen.

Vragen van de PVV-fractieleiden

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 1 april 2022 met de langetermijnstrategie ter bestrijding van covid-19. Zij hebben hierover nog een aantal vragen.

¹⁶ Kamerstukken I 2021/22, 25 295, AC en bijlage.

Op pagina 5 van de brief wordt ingegaan op het vaccinatieprogramma. Kan het kabinet aangeven in hoeverre het de bedoeling is om (weer) toegangsbewijzen en/of andere beperkende maatregelen te verbinden aan de vaccinatiestatus? Kan daarbij tevens worden verduidelijkt in hoeverre dat afhankelijk zal zijn van een optelsom van «herhaalvaccinaties»?

Op dezelfde pagina wordt voorts gesproken over het optimaliseren van de capaciteit. Kan het kabinet aangeven waarom hierbij niet wordt ingezet op extra (IC-)bedden en structureel extra handen aan het bed? Hoe verhoudt deze zeer beperkte inzet op extra zorgcapaciteit zich tot de door het kabinet geschetste scenario's op pagina 7 van de brief?

Op pagina 11 wordt ingegaan op de inzet van het Digitaal Corona Certificaat (DCC), waarbij wordt gesteld: *«Daarom is op Europees niveau een sterkere samenwerking en betere coördinatie nodig met het oog op vaccinatie, zicht houden op het virus en maatregelen – indien deze nodig zijn bij een eventuele opleving van het virus. Juist omdat de organisatie van gezondheidszorg een nationale competentie is, is het van belang dat een sterk fundament wordt gelegd voor Europese coördinatie en samenwerking bij het bestrijden van grensoverschrijdende bedreigingen van de gezondheid en het mitigeren van wederzijdse effecten door nationale aanpak en EU-interne exportbeperkingen te voorkomen. Sterkere samenwerking op Europees niveau zorgt ook voor betere uitlegbaarheid, effectiviteit en eenduidigheid van eventuele maatregelen bij een opleving van het virus.»* In hoeverre kan vanuit deze sterkere Europese samenwerking met het oog op vaccinatie, (in)directe vaccinatiedwang- of -drang onderdeel van Nederlands beleid worden? Kan het kabinet uitsluiten dat dit aan Nederlanders kan worden opgelegd, bijvoorbeeld via het DCC?

Op pagina 18 staat: *«Een andere situatie is dat de periodieke oplevingen zo breed en ingrijpend zijn dat het van belang wordt om niet alleen de meest kwetsbare mensen individueel te beschermen, maar dat het ook nodig is om de hele bevolking extra te beschermen.»* Kan het kabinet duidelijk maken of «de hele bevolking extra beschermen» beperkt blijft tot het vrijwillig aangeboden krijgen van vaccins, en of en in hoeverre het kabinet voornemens is om er in deze situatie ook beperkende maatregelen aan te koppelen?

«Op deze manier kun je alle mensen in staat stellen opnieuw een afgewogen keuze te maken over wel of geen vaccinatie. Dit past bij de benadering om de burgers zelf meer verantwoordelijkheid te geven. Die verantwoordelijkheid en keuzevrijheid kunnen wel consequenties hebben voor mensen individueel en voor de samenleving als geheel. Een lage vaccinatiegraad in de situatie dat het risico op ziekenhuisopnames groot is, heeft het risico van toenemende druk op de zorg en op het nemen van extra maatregelen», zo staat op pagina 19 van de brief. Kan het kabinet aangeven hoe er sprake kan zijn van keuzevrijheid als er dan toch beperkende maatregelen aan verbonden worden en er daarmee dus geen sprake is van eigen verantwoordelijkheid, maar van vaccinatiedrang?

De leden van de PVV-fractie lezen op pagina 20: *«Tegelijkertijd laat de opkomst van Omikron zien dat het vaccin geen panacee is in het tegengaan van verspreiding van het virus.»* Kan worden aangegeven waarom er dan toch wordt vastgehouden aan de mogelijke inzet van maatregelen die ten aanzien van verspreiding niet (bewezen) effectief zijn? Op basis van welke indicatoren (conform aangenomen motie-Van

Hattem¹⁷) en criteria wordt dan bepaald of het inzetten van maatregelen die zich richten op extra vaccinaties effectief zijn voor het beoogde doel?

Op dezelfde pagina staat: *«Dit hoeft niet altijd samen te vallen met een door Nederland vastgestelde medische noodzaak voor vaccinatie. Mogelijk leidt dit ertoe dat we COVID-19-vaccinatie in sommige omstandigheden dan meer als reisvaccinatie moeten beschouwen.»* Hoe verhoudt dit zich tot medische nut en noodzaak, aangezien zo'n «reisvaccin» ook bedoeld is binnen de EU tot het vrij verkeer van personen binnen de Schengenzone?

«In het verlengde van registratie wil het kabinet met Lareb en andere uitvoerende organisaties en wetenschappelijke partijen in gesprek of en op welke manier structurele monitoring van en onderzoek naar bijwerkingen ook in de aankomende periode kan worden vormgegeven» (pagina 20/21). Waarom is hiervoor nog niet eerder een concreet plan gemaakt? Betekent dit dat bijwerkingen nu niet structureel worden gemonitord en onderzocht?

Op pagina 23 wordt gesproken over het vervallen van het testen ten behoeve van het herstelbewijs. Kan het kabinet aangeven wat dit betekent voor het testen voor het DCC, waarvoor het nog wel verplicht is?

Op pagina 28 staat: *«In het huidige stelsel is de voorzitter veiligheidsregio – naast de integrale afweging in het kader van veiligheid/openbare orde – ook bestuurlijk verantwoordelijk voor de bestrijding van COVID als A-infectieziekte. De Minister van VWS heeft de leiding over de bestrijding van COVID als A-infectieziekte en kan hiertoe aanwijzingen geven aan de voorzitters van de veiligheidsregio's.»* Kan het kabinet toelichten waarom, gelet op het karakter van de Omikronvariant, de A-status nog van kracht is met onderliggende vergaande bevoegdheden? Daarbij stelt de brief: *«Hiervoor onderzoekt het kabinet het opstellen van een afwegingskader met een juridisch kader, waarin ruimte is voor prioritering.»* Kan het kabinet aangeven in hoeverre het intrekken van de A-status onderdeel zal zijn van dat afwegingskader?

Tot slot lezen de leden van de PVV-fractie op pagina 33/34 van de brief: *«Het kabinet zet in op een «person-based approach», waarbij de immuniteitsstatus, aangetoond met een vaccinatie- of herstelbewijs, van de reiziger bepalend is voor de geldende maatregelen bij inreizen en wordt middels de reisadviezen meer ruimte gegeven voor een individuele afweging bij het maken van een risico-inschatting.»* Kan het kabinet duiden in hoeverre er sprake kan zijn van «meer ruimte voor individuele afweging bij het maken van een risico-inschatting» als de «immuniteitsstatus» met een daartoe dwingend vaccinatie- of herstelbewijs nog steeds bepalend is?

Vragen van de PvdD-fractieleden

De leden van de PvdD-fractie hebben kennisgenomen van de brief met een drietal opties voor een wettelijke grondslag voor verplichtende maatregelen ter bestrijding van covid-19 op de lange termijn. Gegeven het belang om te beschikken over bevoegdheden indien een ernstige epidemie optreedt, zou dan volgens het kabinet een simpele wetwijziging kunnen volstaan waarbij hoofdstuk Va van de Wet publieke gezondheid – nadat dit niet meer verlengd is – met de oorspronkelijke inhoud opnieuw wordt vastgesteld, maar de bepalingen pas in werking treden nadat

¹⁷ Kamerstukken I 2020/21, 35 526, I.

daartoe bij koninklijk besluit is besloten op eenzelfde wijze als geregeld in de Wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag?

De regeling zou dan het volgende kunnen inhouden:

Hoofdstuk Va: buitengewone omstandigheden verband houdende met een ernstige epidemie

Artikel 58a: Alleen de omschrijving van «epidemie» wordt gewijzigd in: de epidemie zoals omschreven in het koninklijk besluit als bedoeld in artikel 58b, eerste lid.

Artikel 58b wordt gewijzigd in:

1. De bepalingen van dit hoofdstuk kunnen, indien buitengewone omstandigheden verband houdende met een ernstige epidemie dit noodzakelijk maken, bij koninklijk besluit dat de epidemie beschrijft, gezamenlijk of afzonderlijk in werking worden gesteld.
2. tot en met 6.: overnemen artikel 1, tweede tot en met zesde lid, van de Wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag.
7. De bevoegdheden worden slechts toegepast ter bestrijding van de epidemie, of de dreiging daarvan voor zover die toepassing: onderdelen a, b en c van het huidige artikel 58b, tweede lid.
8. Huidige derde lid van artikel 58b.

Tot slot

De leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van de Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ) zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze bij voorkeur voor 3 juni 2022.

Gelijklopende brieven worden gestuurd naar de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister voor Langdurige Zorg en Sport.

Voorzitter van de vaste commissie voor Justitie en Veiligheid,
M.M. de Boer

Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
T. Klip-Martin

Voorzitter van de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken en Hoge Colleges van de Staat / Koninkrijksrelaties Algemene Zaken en Huis van de Koning,
B.O. Dittrich

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juni 2022

Op 10 mei jl. hebben de leden van de vaste commissies voor Justitie en Veiligheid (J&V), Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van de Staat / Algemene Zaken en Huis van de Koning (BiZa/AZ) een brief gestuurd, waarin zij het kabinet verzoeken om een reactie op aanvullende vragen, die de commissie heeft gesteld naar aanleiding van mijn brieven van de afgelopen periode.¹⁸ Met deze brief informeer ik uw Kamer over de beantwoording van deze vragen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

¹⁸ Tijdelijke bepalingen in verband met maatregelen ter bestrijding van de epidemie van covid-19 voor de langere termijn (Tijdelijke wet maatregelen covid-19) met een drietal opties voor een wettelijke grondslag voor verplichtende maatregelen ter bestrijding van covid-19 op de lange termijn van 31 maart 2022 (*Kamerstukken I 2021/22*, 35 526 / 25 295, DZ); brief over de langetermijnaanpak gezonden door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid op 1 april 2022 (*Kamerstukken I 2021/22*, 35 526 / 25 295, EA); en de kabinetsreactie op het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid «Aanpak coronacrisis deel 1: tot september 2020» gezonden door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister van Justitie en Veiligheid en de Minister van Langdurige Zorg en Sport op 1 april 2022 (*Kamerstukken I 2021/22*, 25 295, AF).

Vragen van de VVD-fractieleden

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brieven over de opties voor een wettelijke grondslag voor maatregelen ter bestrijding van covid-19 op de lange termijn en de brief over de langetermijnaanpak covid-19. Zij hebben nog een aantal vragen daarover.

Juridisch kader

Het kabinet stelt dat het vanwege de onzekerheid over hoe het virus zich de komende tijd zal ontwikkelen, noodzakelijk is om ter bestrijding van de epidemie van covid-19 of een directe dreiging daarvan, juridisch afdwingbare maatregelen te kunnen blijven nemen. De leden van de VVD-fractie hebben op eerdere momenten laten weten een tijdelijke wet daarvoor niet langer geschikt te achten. Het kabinet legt drie opties voor een juridisch instrumentarium ter bespreking aan beide Kamers voor: 1) het telkens verlengen van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19 (hierna: Twm covid-19), 2) een overbruggingswet, 3) wettelijke grondslag voor verplichtende maatregelen uit de Twm covid19 helemaal laten vervallen. Voornoemde leden zijn teleurgesteld dat ondanks het aandringen van beide Kamers om de Wet publieke gezondheid te herzien, er nog niet een begin ligt van een plan van aanpak en dat ook de door de leden in januari jongstleden gestelde vragen naar aanleiding van het advies van de Raad van State, «Van noodwet tot crisisrecht»¹⁹, nog steeds niet zijn beantwoord. Over optie 2, een overbruggingswet, hebben zij de volgende vragen.

Vraag 1

Hoe breed of hoe smal moet naar het oordeel van het kabinet het wettelijk instrumentarium van de overbruggingswet zijn? Is het risico van een smalle wet dat bij een hernieuwde uitbraak met een ernstig ziekmakendere variant, het instrumentarium ontoereikend is en er opnieuw onder tijdsdruk wettelijke bepalingen moeten worden toegevoegd? Hoe waarborgt het kabinet in dat geval dat er voldoende tijd zal zijn om de proportionaliteit van de bevoegdheden, de haalbaarheid en de uitvoerbaarheid te beoordelen? Hoeveel weken denkt het kabinet hiervoor nodig te hebben?

Antwoord 1

De Tijdelijke wet maatregelen covid-19 is op 20 mei 2022 komen te vervallen. Er is daardoor momenteel geen juridisch instrumentarium om collectieve maatregelen te treffen ter bestrijding van COVID-19. Zoals aangekondigd in de brief aan beide Kamers van 4 mei 2022, wordt gewerkt aan de herziening van de Wet publieke gezondheid. In deze brief schets ik de hoofdlijnen van een eerste tranche herziening van de Wet publieke gezondheid. Het wetsvoorstel bevat structurele grondslagen voor het nemen van collectieve, verplichtende maatregelen voor infectieziektebestrijding van specifieke A-ziekten (waaronder COVID-19). Het wetsvoorstel eerste tranche is daarmee breder en structureler dan de optie van een overbruggingswet. Zoals toegelicht in bovengenoemde brief is – op basis van expertsessies en de lessen uit de afgelopen twee jaar – het voornemen om de grondslagen uit de voorgenomen zesde verlenging als vertrekpunt te nemen in de eerste tranche aanpassing van de Wpg. Dit zijn dus grondslagen voor het nemen van maatregelen in verband met:

1. Veilige afstand;
2. Openstelling publieke plaatsen;
3. Evenementen;

¹⁹ Kamerstukken / 2021/22, 29 668 / 26 956 / 35 526, B.

4. Hygiënemaatregelen en persoonlijke beschermingsmiddelen;
5. Zorgplicht besloten plaatsen, publieke plaatsen, zorgaanbieders en zorglocaties;
6. Personenvervoer (bedrijfsmatig en niet- bedrijfsmatig) en
7. Quarantaine inreizigers.

In de brief over de langetermijnaanpak van COVID-19 van 1 april 2022 is uiteengezet dat het kabinet met verschillende maatschappelijke sectoren gesprekken voert over de inzet van mogelijke maatregelen, die door de sectoren zelf werkbaar worden geacht in het geval dat de epidemie weer opleeft. Daarbij is ook de mogelijke inzet van coronatoegangsbewijzen (CTB's) een onderwerp van gesprek. Mocht uit deze gesprekken naar voren komen dat sectoren eraan hechten het instrument in te kunnen zetten om op deze manier langer, en met minder schade, open te blijven dan zonder de inzet van het CTB mogelijk zou zijn, dan wordt bezien of ten behoeve van het openblijven van de samenleving en ter ondersteuning van deze sectoren specifiek voor dit instrument een nieuwe juridische grondslag gecreëerd dient te worden.

Uit bovengenoemde expertsessie is tenslotte naar voren gekomen dat andere grondslagen voor maatregelen voor infectieziekten met andere kenmerken dan COVID-19 ook zinvol kunnen zijn. In een vervolgtranche kan worden bezien of dergelijke grondslagen toegevoegd moeten worden.

Vraag 2

Het kabinet stelt dat in scenario 4, *worst case*, ingrijpende contactbeperkende maatregelen nodig zijn tot aan volledige en langdurige sluiting toe, alhoewel de kans dat dit scenario zich voltrekt erg klein wordt geacht.²⁰ Hoe houdbaar is in dit scenario het schrappen van alle op onderwijsinstellingen gerichte maatregelen? Scenario 4 gaat immers uit van een situatie waarbij sprake is van (zeer) hoge ziekte en sterfte, bijvoorbeeld als gevolg van een nieuwe, ernstige variant, die veel slachtoffers eist en waartoe opgebouwde immuniteit en vaccins slechts in beperkte mate beschermen.

Antwoord 2

De kans dat we in scenario vier, een *worst case* scenario, terechtkomen is volgens wetenschappers relatief klein, maar niet uitgesloten. Inzet van zwaardere contactbeperkende maatregelen door de overheid is in dit scenario noodzakelijk om ernstige ziekte, hoge sterfte en ontwrichting van zorg en maatschappij te voorkomen. Gezien de onvoorspelbaarheid van de epidemie is geen enkele sector op voorhand uitgezonderd van eventuele maatregelen. De onderwijssector ligt bij het treffen van maatregelen wel onderop de stapel. Slechts als sprake is van een virus(variant) waarbij de populatie in de scholen direct gevaar loopt, kan sprake zijn van een (gedeeltelijke) schoolsluiting.

Het onderwijsveld wordt op dit moment bij de uitwerking van de scenario's betrokken door middel van verschillende sessies, waar ook epidemiologen en gedragsdeskundigen aan mee doen. Hieruit resulteert een sectorplan voor het onderwijs, waarmee gezamenlijk invulling wordt gegeven aan maatregelenpakketten. Het is hierbij van belang dat de maatregelen uitvoerbaar en zo effectief mogelijk zijn om het virus in te dammen, en draagvlak genieten. De pakketten maatregelen per scenario, waaronder het *worst case* scenario, zullen worden vastgelegd in de «OCW-leidraad COVID-19» die eind juni 2022 beschikbaar zal zijn. Vervolgens zorgt het bevoegd gezag van een school of onderwijs-

²⁰ Kamerstukken I 2021/22, 35 420, BX, p. 9.

instelling, in afstemming met de medezeggenschap, er voor dat men zich hierop voorbereidt.

Vraag 3

Uit de brieven van het kabinet maken de leden van de VVD-fractie op dat het de kans dat scenario 3 – continue strijd – zich voordoet, minder onwaarschijnlijk acht. Ook in dit scenario blijven volgens het kabinet verplichte contactbeperkende maatregelen nodig. Genoemd worden coronatoegangsbewijzen (hierna: CTB), 1,5 meter afstand houden, placering, capaciteitsbeperking et cetera. Hoe worden de implicaties van de scenario's 3 en 4 vertaald in een eventuele overbruggingswet? In hoeverre verhoudt zich een dergelijk breed instrumentarium met de door de Eerste Kamer met brede steun aangenomen motie-de Boer (Groen-Links) c.s.²¹ waarin slechts gesproken wordt over basismaatregelen, zoals afstand houden, mondkapjes dragen en hygiënemaatregelen in acht nemen?

Antwoord 3

Zie het antwoord op vraag 1. Tijdens het debat van 21 februari 2022 heb ik aangegeven dat als de Twm alleen nog maar algemene maatregelen als afstand houden en mondkapjes bevat, niet kan worden uitgesloten dat dit onvoldoende is voor de bestrijding van het virus.

Om die reden is indachtig motie De Boer en de ervaringen van de afgelopen twee jaar voorgesteld om een beperkt samenstel aan basismaatregelen en contactbeperkende maatregelen te behouden.

Gebleken is dat dit een effectieve samenstelling van maatregelen is op het moment dat de toegankelijkheid van de gehele zorgketen of de continuïteit van de samenleving in het gedrang blijkt te komen.

Langetermijnaanpak

Vraag 4

Het kabinet geeft aan dat de beschikbaarheid van vaccins, en daarmee de opgebouwde immuniteit, het afgelopen jaar dé reden is geweest dat de samenleving kon worden heropend en de druk op de zorg kon worden verlicht. Is de impact van vaccinatie als maatregel om de gevolgen van het virus te beheersen ook afgezet tegen de impact van «*first defence*» maatregelen, zoals hygiënemaatregelen, isolatie, quarantaine, contactbeperkingen, CTB et cetera? Bij welke vaccinatiegraad is het risico dat contactbeperkende maatregelen moeten worden opgelegd, vrijwel uitgesloten, ervan uitgaande dat het vaccin effectief is ter voorkoming van ernstige ziekte en overlijden? Hoe staat het kabinet tegenover de in het komende najaar gedaalde boosterimmuniteit? Kan het kabinet in relatie tot de afgenomen boosterimmuniteit en de reële kans van opleving van het coronavirus in het najaar, aangeven of de ic-capaciteit alsdan op orde is?

Antwoord 4

De benodigde vaccinatiegraad en de inzet van overige maatregelen zijn van verschillende factoren afhankelijk. Dat maakt het niet mogelijk om op voorhand aan te geven hoe hoog de vaccinatiegraad of hoe beperkend deze maatregelen moeten zijn. Het hangt onder andere af van de mate van de bescherming van de vaccins tegen de op dat moment circulerende virusvariant(en). Er wordt in de voorbereidingen rekening gehouden dat het noodzakelijk kan zijn de gehele bevolking een herhaalprik aan te bieden. Dit geldt zowel voor het inkopen van de benodigde hoeveelheden

²¹ Kamerstukken I 2021/22, 35 979, G.

vaccins als voor de capaciteit bij de prikkende partijen. Vanzelfsprekend streeft het kabinet ook bij volgende vaccinatierondes naar een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad. Ook blijven we ons inzetten om mensen te bereiken die zich nu nog niet hebben laten vaccineren.

Het kabinet heeft afspraken gemaakt met diverse zorgsectoren, bijvoorbeeld over de opschaling van IC-capaciteit met ziekenhuizen. Bij deze voorbereidingen op een eventuele opleving van het coronavirus wordt nadrukkelijk rekening gehouden met een mogelijke tekort aan zorgverleners in de gehele keten. Zo wordt er onder meer gewerkt aan flexibele opschaling van capaciteit. Verder is er winst te behalen als het gaat om in-, door- en uitstroom van patiënten in de keten. Zo wil het kabinet bijvoorbeeld blijven faciliteren dat meer patiënten thuis met zuurstof kunnen worden behandeld. Deze optimalisatie van de keten draagt bij aan meer evenwicht van de druk in de gehele keten en verlichting bepaalde sectoren. Het kabinet is in afwachting van het rapport van het expertteam COVID-zorg. Het kabinet stuurt uw Kamer dit advies na publicatie en streeft naar een spoedige reactie op dit advies. Het kabinet zal dan ook een reactie geven op het tweede rapport van de Taskforce Ondersteuning optimale inzet zorgverleners.

Vragen van de CDA-fractieleden

Vraag 5

Met grote belangstelling hebben de leden van de CDA-fractie kennisgenomen van de brief van 1 april 2022 met de langetermijnstrategie ter bestrijding van covid-19. Tegelijkertijd constateren zij dat deze strategie in feite een eerste stap is om te komen tot een volwaardige strategie die voldoende helderheid en handvatten biedt, mocht het coronavirus weer toeslaan. Een strategie die uitvoerbaar en handhaafbaar is en geaccepteerd wordt. Kan het kabinet aangeven wanneer deze langetermijnstrategie verder uitgewerkt is? De leden van de CDA-fractie vragen dit mede met het oog op het ongewisse gedrag van dit virus, waarbij de start van het herfst-/winterseizoen – zo is de ervaring tot nu toe – duidelijk een rol speelt.

Antwoord 5

Ik ben voornemens uw beide Kamers medio juni 2022 te informeren over de uitwerking van de verschillende onderdelen die ik in mijn brief van 1 april jl. benoemd heb, zoals het vaccinatieprogramma en de opschaalcapaciteit van (zelf)testen. In dezelfde brief wil ik beide Kamers ook informeren over de uitwerking van de sectorplannen. Verder wil ik uw Kamers uitsluitend geven over de oprichting van een Maatschappelijk Impact Team (MIT), dat naast het OMT komt te staan en advies geeft over de sociaal-maatschappelijke en economische situatie. Tot slot ben ik voornemens om in deze brief toe te lichten welke stappen gezet worden in de optimalisatie van capaciteit en regie in de zorg.

Vraag 6

De doelstellingen van de nieuwe strategie zijn wezenlijk anders dan de tot nog toe gehanteerde doelstellingen, namelijk een balans tussen de sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit en toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. De leden van de CDA-fractie constateren dat de strategie in feite tot doel heeft om «het gewone leven» te continueren. Tegelijkertijd worden ook op de eerste bladzijden van de brief nog vele vragen gesteld, waarop nog geen antwoord wordt gegeven. Wanneer kunnen de antwoorden op deze vragen, die het kabinet zichzelf heeft gesteld, worden verwacht?

Antwoord 6

Zoals aangegeven bij het antwoord op vraag 5, ben ik voornemens uw beide Kamers medio juni 2022 te informeren over de uitwerking van de verschillende onderdelen die ik in mijn brief van 1 april jl. benoemd heb, zoals het vaccinatieprogramma en de opschaalcapaciteit van (zelf)testen. Ook zal ik hierbij ingaan op enkele van de geschetste vragen. Een deel van de vragen waar de leden van de CDA-fractie aan refereert, zijn echter bedoeld om een schets te geven van de ontwikkeling in het denken. Zo bezien zullen de antwoorden op deze vragen dan ook voortvloeien uit de ontwikkeling van het coronabeleid, of hierbij op de achtergrond een rol spelen.

Vraag 7

De leden van deze fractie hebben waardering voor de nieuw geformuleerde doelstelling, maar vragen zich wel af in hoeverre beide doelstellingen gerealiseerd kunnen worden als het virus toch in alle hevigheid toeslaat, zoals bijvoorbeeld in scenario 4. Zij hebben hierover dan ook enkele vragen. Welke criteria worden gehanteerd bij het bepalen van de verschillende scenario's? Met name bij de keuze tussen scenario 2 en scenario 3 (inzet verplichtende maatregelen) en tussen scenario 3 en 4 (*worst case*). In het kader van uitvoerbaarheid en acceptatie is helderheid hierover van belang.

Antwoord 7

De besluitvorming over maatregelen is gebaseerd op een combinatie van verschillende factoren. In samenwerking met het RIVM, proberen we, met behulp van verschillende monitoringsinstrumenten, ervaringen zo vroeg mogelijk te signaleren. Doordat we niet meer grootschalig testen, zijn andere instrumenten belangrijker geworden, zoals rioolwatersurveillance. Ook doen we onderzoek naar aanvullende instrumenten zoals de infectieradar. Hiermee wordt zicht gehouden op verschillende aspecten van het virus zoals de vroegsignalering, de ernst van het virus, de druk op de zorg en de immuniteit tegen het virus. Het RIVM duidt wekelijks de epidemiologische situatie. De criteria die worden gehanteerd, zijn dus een optelsom van verschillende monitoringsinstrumenten. Ook zijn we altijd op zoek naar aanvullende datastromen, zowel nationaal als internationaal, om besluitvorming zo goed mogelijk te ondersteunen.

Bij de besluitvorming over maatregelen worden adviezen van verschillende instanties betrokken. Hierbij kijkt het kabinet nadrukkelijk ook naar de sociaal-maatschappelijke en economische gevolgen van de maatregelen. Hiertoe onderzoekt het kabinet momenteel de oprichting van een Maatschappelijke Impact Team (MIT). Het MIT kan adviseren over sociaal-maatschappelijke en economische ontwikkelingen, naast de epidemiologische adviezen van het RIVM en het OMT. Ook worden adviezen van gedragswetenschappers, communicatiedeskundigen en handhavers meegewogen.

Het kabinet maakt op basis van genoemde factoren en adviezen een bestuurlijke weging, waarbij altijd wordt gekeken of maatregelen proportioneel (evenredig), noodzakelijk (vereist om het doel te behalen) en subsidiair (minst zware maatregel) zijn.

Vraag 8

Daarbij is het de vraag in hoeverre het bij scenario 4 realistisch is te blijven inzetten op beide doelstellingen. Wat te doen als de ziekenhuizen toch weer overvol raken door besmettingen en/of het verzuim zo groot is dat de zorg haar werk niet meer optimaal kan doen? Ook bij scenario 2 is er een groot risico op hoog verzuim, ook in de zorg. Hoe wil het kabinet in dergelijke omstandigheden handelen?

Antwoord 8

Met de formulering van twee gelijkwaardige en nevenschikte doelen (sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit en toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen) geeft het kabinet uitdrukking aan de paradigmashift dat de samenleving open is, en open blijft. Het kabinet wil voor de zomer samen met sectoren tot goede sectorale plannen komen voor preventieve maatregelen. Daar valt immers aanzienlijke winst te behalen voor onder andere het voorkomen van verzuim en uitval van medewerkers, ook richting de komende periode. Dat geldt ook voor de zorg.

Het kabinet maakte reeds afspraken met diverse zorgsectoren, bijvoorbeeld over de opschaling van de IC-capaciteit van ziekenhuizen. Daarnaast moeten we creatief zijn bij de voorbereidingen op een eventuele opleving van het coronavirus, vooral vanwege het tekort aan zorgverleners in de gehele keten. Zo wordt er onder meer gewerkt aan flexibele opschaling van capaciteit. Verder is er nog veel winst te behalen als het gaat om in-, door- en uitstroom van patiënten in de keten. Zo wil het kabinet bijvoorbeeld blijven faciliteren dat meer patiënten thuis met zuurstof kunnen worden behandeld. Optimalisatie van de keten draagt bij aan verlichting van de druk op bepaalde sectoren. Daarbij blijft gelden dat, hoe de epidemie zich ook ontwikkelt, een brede weging van zowel uiteenlopende sociaal-maatschappelijke als epidemiologische belangen naast elkaar plaats zal vinden.

Vraag 9

Op pagina 3 en 4 van de brief wordt ook stilgestaan bij het belang van vaccinatie versus de keuzevrijheid tot vaccinatie. In de brief staat over het wel of niet vaccineren vervolgens: *«Dit is echter niet zonder consequenties, niet voor het individu, gegeven de grotere kans op een ernstig ziekteverloop, maar ook niet voor de samenleving als geheel.»* De consequentie van niet vaccineren kan immers botsen met het uitgangspunt van een open samenleving en een toegankelijke zorgketen. Aan het einde van die alinea wordt enerzijds het belang van draagvlak aangegeven, maar ook het belang van ieders verantwoordelijkheid, waarbij ook een passend juridisch instrumentarium noodzakelijk is. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de zinsnede «passend juridisch instrumentarium» in relatie tot de keuzevrijheid inzake vaccinatie gelezen moet worden.

Antwoord 9

Deze zinsnede moet gelezen worden in de context van de gehele langetermijnstrategie. De plannen die verschillende sectoren uit de samenleving hebben aangeleverd, kunnen plannen bevatten waar juridische grondslagen voor nodig zijn. Op dit moment wordt nog bezien hoe daar ruimte aan geboden kan worden.

De zinsnede «passend juridisch instrumentarium» moet niet gelezen worden in relatie tot de keuzevrijheid inzake vaccinatie. Het kabinet is niet voornemens om die keuzevrijheid in te perken, en daarmee maakt een discussie over keuzevrijheid inzake vaccinatie geen onderdeel uit van de langetermijnstrategie.

Vraag 10

Deze langetermijnstrategie legt de verantwoordelijkheid voor het omgaan (en waar mogelijk preventief acteren) met het covid-19-virus bij de samenleving, bij ondernemers en bij de individuele burgers. Intussen, zo constateren deze leden, heeft covid-19 juist bij burgers van niet-Nederlandse afkomst, respectievelijk met een lagere sociaal economische status, verhoudingsgewijs meer slachtoffers gemaakt. Hoe wil het

kabinet extra zorg aan deze groep burgers verlenen, zodat bij een eventuele volgende aanval van het virus deze groep gezonder is en/of bereid is zich te laten vaccineren?

Antwoord 10

Een belangrijke manier om mensen zo goed mogelijk te beschermen tegen de gevolgen van het coronavirus, is door te vaccineren. Doel van het Nederlandse vaccinatiebeleid is het blijvend realiseren van een hoge bescherming tegen ernstige ziekte door COVID-19 bij een zo groot mogelijk deel van de bevolking.

Het blijft daarom van belang om in te zetten op een hoge vaccinatiegraad en het hoog houden van de vaccinatiebereidheid. Ook wanneer het coronavirus minder aanwezig is. Daarbij hebben we specifieke aandacht voor verschillende doelgroepen en zetten we in op het bereiken van mensen bij wie de vaccinatiebereidheid om verschillende redenen laag is. Dat doen we zo gericht mogelijk en op basis van adviezen en inzichten van gedragsexperts. Met middelen die in taal, toon en vorm bij de doelgroep aansluiten en die we verspreiden via kanalen die door hen gebruikt worden.

Voorbeelden hiervan zijn de online module Steffie met een gesproken uitleg in meerdere talen, het aanbieden van informatie in beeldvorm zoals een praatplaat, on- en offline advertenties in anderstalige media en posters op plekken die door de doelgroep vaak bezocht worden. We treden in dialoog met mensen met een lagere vaccinatiebereidheid in samenwerking met partijen en sleutelfiguren die dicht bij hen staan zoals lokale GGD'en, voorgangers van geloofsgemeenschappen en voorlichters van Inclusia, en via het dialoogplatform vragenovercorona.nl waar men in verschillende talen in gesprek kan met onafhankelijke zorgprofessionals.

De partijen en sleutelfiguren die relevant zijn voor de doelgroepen faciliteren, adviseren en ondersteunen we bij het onder de aandacht brengen van het belang van vaccineren bij de achterban. De dialoog benutten we tevens om de communicatiemiddelen voor mensen met een lagere vaccinatiebereidheid aan te scherpen. Daarbij heeft het bestrijden van desinformatie de hoogste prioriteit en zorgen voor context en duiding bij actualiteiten en ontwikkelingen rondom de coronavaccinatie.

Vraag 11

Bij dezelfde groep komen aanmerkelijk vaker chronische stress, angsten of depressie voor dan bij mensen met een hogere sociaal economische status, zo geeft de Gezondheidsraad aan, ook als het gaat om corona en de coronacrisis. Welke concrete plannen heeft het kabinet om deze hogere stress-percentages te verlagen?

Antwoord 11

De Staatssecretaris van VWS stuurt voor de zomer van 2022 een aanpak mentale gezondheid naar de Tweede Kamer. In deze aanpak is specifiek aandacht voor mensen met een lage sociaaleconomische positie. Circa 29% van de Nederlandse bevolking kunnen we rekenen tot de populatie met een lage sociaaleconomische positie. 21% van deze mensen lijdt aan chronische stress, angst of depressie vergeleken met 9% van de mensen met een goede sociaaleconomische positie. Veel van de oorzaken die van invloed zijn op mentale gezondheid hangen samen met sociaaleconomische positie en problemen. Deze oorzaken liggen vaak buiten het gezondheidsdomein, zoals ongunstige woon- en werkomstandigheden, laaggeletterdheid, armoede en schulden. De aanhoudende stress die dat oplevert, is schadelijk voor de gezondheid en verkort de levensverwachting. De focus binnen de aanpak mentale gezondheid ten aanzien

van deze doelgroep met een verhoogd risico op kwetsbaarheid, ligt op het versterken van de mentale weerbaarheid. Daarnaast richt de aanpak zich op het stimuleren van vroegsignalering en het bieden van handvatten aan professionals, de sociale omgeving en aan de doelgroep zelf. Een voorbeeld hiervan is stressreductie. Dit is een belangrijk onderwerp voor deze doelgroep. Hoe herken je stress en hoe voorkom je dat? En ook: hoe kan je stress verminderen om mentaal gezond te worden en te blijven?

Vraag 12

In de brief staat dat covid-19-data van partijen als het RIVM en GGD ook beschikbaar worden gesteld aan derden, uiteraard voor zover dat mogelijk is binnen de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De leden van de CDA-fractie zijn benieuwd in hoeverre de AVG in dezen belemmerend kan werken, ervan uitgaande dat hier sprake is van geanonimiseerde data. Mochten er belemmeringen zijn, in hoeverre wordt dan het wettelijk kader om dit wel mogelijk te maken, aangepast?

Antwoord 12

Het beschikbaar stellen van COVID-19-data van partijen als het RIVM en de GGD aan derden zal weloverwogen gebeuren. Data toegankelijk maken voor derden, zoals bedoeld in de Kamerbrief over de langetermijnstrategie van 1 april 2022²², gaat over zowel open data (die geanonimiseerd en niet herleidbaar is tot individuen) als toegang tot persoonsgegevens. Bij geanonimiseerde data vormt de AVG geen belemmering, maar bij de toegang tot persoonsgegevens is de AVG wel van toepassing. Waar er belemmeringen zijn, wordt gezocht naar een passende oplossing om het toegankelijk maken van COVID-19-data mogelijk te maken voor anderen, zoals wetenschappers, mits dit op een veilige en juridisch verantwoorde manier kan gebeuren.

Vraag 13

In de strategie wordt aangegeven dat er voor kwetsbare mensen maatwerk mogelijk is, bijvoorbeeld door het verstrekken van zelfbeschermingsmiddelen, specifieke voorzieningen of venstertijden. De leden van deze fractie constateren dat het leven van veel kwetsbare mensen zich ook in «normale tijden» al kenmerkt door veel beperkingen en dat hun leven tijdens de covid-19-pandemie nog zwaarder werd. Is het kabinet bereid om per scenario meer in detail te bezien hoe het leven van juist kwetsbare mensen zoveel mogelijk op eenzelfde niveau kan worden gehouden en hoe kan worden voorkomen dat zij zich niet nog meer buitengesloten voelen c.q. ook echt buitengesloten worden. Graag krijgen deze leden hierop een reactie.

Antwoord 13

Het uitgangspunt in alle scenario's is een open samenleving waarin iedereen kan meedoen. Zoals het kabinet in de brief van 1 april jl. aan uw Kamer over de langetermijnaanpak heeft aangegeven, is het belangrijk dat er aandacht is voor mensen met een kwetsbare gezondheid en dat maatwerk mogelijk blijft. De overheid ondersteunt dit door via apotheken persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar te stellen aan mensen die vanwege een kwetsbare gezondheid in thuisisolatie zitten, aan hun mantelzorgers en pgb-hulpverleners, en via gemeenten aan sociale minima. Daarnaast blijft de overheid met publiekscommunicatie aandacht en begrijp vragen van iedereen voor mensen die kwetsbaar zijn en bijvoorbeeld een mondkapje dragen.

²² Zie: <https://www.rijksverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/04/01/kamerbrief-over-lange-termijn-aanpak-covid-19>

We hebben gezien dat door de coronapandemie bepaalde kwetsbare groepen extra onder druk kwamen te staan. In een aantal gevallen was dat een medische kwetsbaarheid die direct gerelateerd was aan de epidemiologische kenmerken van COVID-19. Zo waren in eerste instantie met name de ouderen extra kwetsbaar voor een ernstig beloop van de ziekte. Later zagen we ook een nieuwe kwetsbaarheid bij de groep patiënten met Long COVID. Toch stonden ook de sociaal en psychisch kwetsbare groepen extra onder druk. Zo nam de eenzaamheid tijdens de coronapandemie onder verschillende (kwetsbare) groepen toe; niet in de minste plaats onder jongeren. Contactbeperkende maatregelen waren hier de oorzaak van. Waar we normaal gesproken sociaal kwetsbaren proberen te activeren door het aanbieden van sociaal contact, kon dit ineens niet meer omdat contact juist vermeden moest worden. Hiervoor in de plaats kwam het digitale contact; dat is helpend, echter niet (volledig) hetzelfde.

Het kabinet roept in de langetermijnstrategie de verschillende sectoren op het belang van kwetsbaren mee te wegen. De nieuwe kabinetsdoelen voor een zo open mogelijke maatschappij en een grote verantwoordelijkheid van sectoren passen in de omschakeling naar «leren leven met corona», want het virus gaat niet meer weg. Als de verschillende sectoren nadenken over een maatschappij waarin rekening gehouden moet worden met oplevingen van corona, dan hoort bij die nieuwe realiteit ook dat er nagedacht wordt over hoe je kwetsbaren zoveel mogelijk kan laten meedoen, door bijvoorbeeld het verstrekken van zelfbeschermingsmiddelen, specifieke voorzieningen of venstertijden. Uw Kamer wordt in juni door het kabinet geïnformeerd over de inhoud van de sectorplannen.

Vraag 14

Het plan is dat de GGD's zodanig ingericht worden dat zij, indien gewenst, snel kunnen opschalen. De leden van de CDA-fractie zien dat de GGD's hiermee in de afgelopen jaren ervaring hebben opgebouwd, maar dat de opschaling moeizaam was. In hoeverre ontwikkelt het kabinet een plan waarbij de GGD's snel en praktisch kunnen opschalen en er meer eenduidig handelen en communicatie vanuit diverse GGD's is? Overweegt het kabinet een andere, wellicht meer centrale aansturing ten behoeve van een betere en meer efficiënte uitvoering?

Antwoord 14

Het is belangrijk dat de GGD'en klaarstaan om op te schalen, mocht dat in een bepaalde epidemiologische situatie weer nodig zijn. GGD'en beschikken zowel over testlocaties als vaccinatielocaties. Als het om testcapaciteit en bron- en contactonderzoek (BCO) gaat, is er afgeschaald, maar minder ver dan nu nog strikt noodzakelijk is. Dit om voldoende basis te hebben om beter voorbereid te zijn.

Voor doelgroepen waarvoor zelftesten niet een vanzelfsprekende optie is, wordt een basistestcapaciteit en mogelijkheid tot beperkte opschaling bij oplevingen van het virus behouden. Grootschalige opschaling van PCR-testen voor de gehele bevolking is alleen nodig als er een variant komt waarbij de antigeen(zelf)testen onvoldoende betrouwbaar zijn. In ieder geval tot het voorjaar van 2023 houden de GGD'en rekening met dit scenario en worden er afspraken gemaakt over de opschalingssnelheid.

Als het gaat om vaccinatiecapaciteit, heb ik in mijn brief aan uw Kamer van 1 april jl. aangegeven dat het RIVM in samenspraak met de GGD-uitvoeringsplannen heeft gemaakt voor een mogelijke vaccinatiecampagne in het najaar, waarbij ook gekeken is naar de uitvoering van een snelle opschaling. Op dit moment kunnen de GGD'en vanuit een basiscapaciteit van 300.000 prikken per week in drie weken opschalen

naar een capaciteit van 500.000 prikken per week, en in zes weken naar een capaciteit van 1,5 miljoen prikken per week.

Vraag 15

Aangegeven wordt dat – indien proportioneel en strikt noodzakelijk vanwege bijvoorbeeld een ziekmakendere variant – het weer nodig kan zijn om het coronatoegangsbewijs (ctb) in te zetten om verdere verspreiding van het virus te beperken en tegelijkertijd sectoren open te houden. In dat kader kan aan sectoren het ctb worden aangeboden. Betekent dit dat het kabinet in deze crisissituaties niet meer zelf de sectoren aanwijst die het ctb moeten gebruiken, maar dat dit aan de individuele ondernemer respectievelijk aan specifieke branches wordt overgelaten?

Antwoord 15

De Tijdelijke wet maatregelen covid-19 is op 20 mei 2021 komen te vervallen. Er is daardoor momenteel geen juridisch instrumentarium om collectieve maatregelen te treffen ter bestrijding van COVID-19. Zoals aangekondigd in de brief aan uw Kamer van 4 mei 2022 wordt gewerkt aan de herziening van de Wet publieke gezondheid. Het CTB maakt daar geen onderdeel van uit.

Wel is in de brief over de langetermijnaanpak van COVID-19 van 1 april 2022 uiteengezet dat het kabinet met verschillende sectoren gesprekken voert over de inzet van mogelijke maatregelen, die door de sectoren zelf werkbaar worden geacht in het geval dat de epidemie weer opleeft. Daarbij is ook de mogelijke inzet van coronatoegangsbewijzen (CTB's) een onderwerp. Mocht uit de plannen van de sectoren naar voren komen dat sectoren eraan hechten het instrument in te kunnen zetten om op deze manier langer, en met minder schade, open te blijven dan zonder de inzet van het CTB mogelijk zou zijn, dan wordt bezien of ten behoeve van het openblijven van de samenleving en ter ondersteuning van deze sectoren voor dit instrument een nieuwe juridische grondslag gecreëerd dient te worden. Ik ben voornemens uw Kamer medio juni 2022 over de sectorale aanpak te informeren.

Vraag 16

De leden van de CDA-fractie lezen ook dat de sectoren zelf kunnen bepalen welke sectorale plannen zij willen opstellen en vastleggen in relatie tot de scenario's 1 en 2. Er worden geen verplichtingen vanuit de overheid opgelegd. Hoe moet dit worden geplaattst ten opzichte van de mogelijke preventieve maatregelen die nodig zijn om niet in scenario 3 te belanden en in relatie tot de zorgplicht die het kabinet heeft? En heel praktisch: wie heeft er op een bepaald moment nog een duidelijk overzicht van alle plannen en maatregelen?

Antwoord 16

Het kabinet zet in op maatschappij-brede preventie. Zo werken we aan een korte respons- en doorlooptijd voor vaccineren, de beschikbaarheid van nieuwe medicatie, opschaalbare testcapaciteit en optimalisering van de zorgketen. Maar het openhouden van de samenleving vraagt inzet van iedereen. Omdat elke sector de afgelopen twee jaar veel kennis heeft opgedaan over wat wel en niet werkt, hebben we sectoren gevraagd in een plan te verwerken wat ze zelf op vrijwillige basis kunnen doen om het naleven van voorzorgsmaatregelen makkelijker te maken door communicatie en gedragsinterventies. Daar zijn dus ook preventieve maatregelen die de sectoren nemen een belangrijk onderdeel van.

We betrekken daarbij ook het RIVM (inclusief de Corona Gedragsunit), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Centraal Planbureau (CPB).

Ik ben voornemens uw Kamer medio juni verder te informeren over de uitwerking van de sectorplannen.

Vraag 17

Voor de organisatie van de zorg aan covid-19-patiënten wordt ingezet op een andere, deels centrale en deels regionale, sturing van de totale zorgketen. Dit moet er onder meer voor zorgen dat minder intensieve coronazorg voor volwassenen niet in ziekenhuizen behoeft te worden gegeven. Echter, het gebrek aan zorgmedewerkers is in de verpleeghuizen, in de wijk en in de thuiszorg minstens zo groot als in de ziekenhuizen. Op papier kunnen vanzelfsprekend betere organisatie en sturing worden opgezet dankzij de ervaring van de afgelopen jaren, maar papier is geduldig. De vraag van de leden van de CDA-fractie is of er ook plannen worden uitgewerkt aan de hand van realistische getallen: getallen waarbij rekening is gehouden met het huidige aanbod van zorgmedewerkers én met het gegeven dat in een periode waarbij het coronavirus weer de kop opsteekt ook onder zorgmedewerkers meer zieken zijn dan anders.

Antwoord 17

Zie het antwoord op vraag 8. Aanvullend daarop wijs ik uw Kamer op de hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport met daarin haar zorg en welzijn-brede aanpak van de personeelstekorten.²³

Vraag 18

De organisatievorm van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) heeft als voordeel dat er met de brede regionale kennis wordt gestuurd. Tegelijkertijd is in een crisissituatie ook duidelijke sturing nodig. Overweegt het kabinet om in dezen ook duidelijk doorzettingsmacht te organiseren?

Antwoord 18

Bij een grote gezondheidscrisis is het van belang dat de hele zorgketen in de regio samenwerkt en nauw betrokken is bij de bestrijding van de crisis, waarbij de verbinding met het generieke stelsel van crisisbeheersing is geborgd. Het ROAZ is de plek om deze samenwerking in de zorgketen te organiseren. De verbinding die in de ROAZ'ën is gelegd tussen partijen in de curatieve zorg, langdurige zorg en de publieke gezondheid wil het kabinet behouden en – waar nodig – intensiveren in lijn met huidige regelgeving. Dit is niet alleen in crisistijd nodig, maar ook daarbuiten, zodat tijdens een crisis snel kan worden opgeschaald.

Daarom gaat het kabinet onderzoeken hoe de ROAZ-structuur kan worden geborgd vanwege het belang voor de gehele zorgketen. Ook is belangrijk de verschillende taken en bevoegdheden van de Minister van VWS, de Minister van Justitie en Veiligheid, de veiligheidsregio's, de Directeuren Publieke Gezondheid (DPG'ën) en de ROAZ'ën aan te scherpen en te verhelderen. Een goede inrichting van de regie en sturing in de gezondheidszorg is noodzakelijk; een duidelijke toedeling van taken, rollen en verantwoordelijkheden aan partijen draagt bij aan sluitende samenwerkingsketens. De vormgeving hiervan is onderdeel van het onderzoek naar regie en sturing in de zorg in crisistijd, dat het kabinet in de beleidsagenda pandemische paraatheid heeft aangekondigd.²⁴

²³ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/05/13/hoofdlijnenbrief-toekomstbestendige-arbeidsmarkt-zorg>

²⁴ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/04/14/kamerbrief-over-beleidsagenda-pandemische-paraatheid>

Zoals vermeld in de beantwoording van vraag 4, is het kabinet in afwachting van het rapport van het expertteam COVID-zorg. Dit expertteam onderzoekt en zal adviseren over wat nodig is om in het najaar de zorgketen te optimaliseren opdat – bij een eventuele nieuwe opleving van het coronavirus – de kritiek planbare zorg binnen zes weken geleverd kan worden en de reguliere ziekenhuiszorg zoveel mogelijk door kan gaan. Daarnaast brengt het expertteam in beeld hoe de coördinatie van COVID-capaciteit in tijden van crisis kan worden vormgegeven, waarbij rekening wordt gehouden met de ervaring, kennis en infrastructuur die is opgebouwd door alle partijen in de voorbije crisisjaren.

Vraag 19

In de communicatie zal onder meer worden ingezet op het vertrouwen van de overheid in de burger en versterken van de autonomie van diezelfde burger: *«jij bent zelf het beste in staat om jezelf en anderen te beschermen»*, zo staat op pagina 35 van de brief. De leden van de CDA-fractie zijn benieuwd naar de achterliggende overwegingen in dezen. Welke onderzoeksresultaten staven deze koers? Zij verwijzen daarbij naar bijvoorbeeld de scherpe polarisatie tussen gevaccineerden en nietgevacineerden en de discussie over het wel of niet inzetten van het ctb, maar denken daarbij ook aan de positie van kwetsbare burgers en mensen met een lage sociaal economische status. De leden van de CDA-fractie krijgen hierop tot slot graag een reactie.

Antwoord 19

Eén van de uitgangspunten van de strategie is het behouden van een open samenleving met zo min mogelijk belastende maatregelen. Dat vergt inzet en verantwoordelijkheid van iedereen: maatschappelijke doelgroepen en sectoren, de overheid en individuele burgers. De geciteerde zinsnede past bij dat uitgangspunt. De mate waarin adviezen worden nageleefd is van grote invloed op de mate waarmee een uitbraak van COVID-19 effectief bestreden kan worden. Bestrijding van een infectieziekte zoals COVID-19 moeten we dan ook samen doen. Hierbij is het van groot belang om oog te blijven houden voor mensen met een kwetsbare gezondheid of mensen die zich om andere redenen in een kwetsbare positie bevinden. Het kabinet heeft meermaals opgeroepen om dat te doen, en zal dat ook blijven doen.

Vragen van de D66-fractieleden

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van 1 april 2022 over de langetermijnstrategie. Zij hebben hierover nog een aantal vragen.

Vraag 20

Het uitgangspunt van de langetermijnstrategie is om Nederland een open samenleving te laten blijven. Dit uitgangspunt lijkt echter gestoeld te zijn op de aanname dat het virus niet in een heftigere/ziekmakendere variant terugkomt, terwijl dit toch een reële mogelijkheid is. Daarnaast maken de leden van de D66 fractie uit de strategie op dat de zorg- en IC-capaciteit niet aanzienlijk zullen toenemen. Hoe is het kabinet van plan Nederland open te houden, mocht zich een nieuwe ziekmakendere variant verspreiden, die een aanzienlijke zorgvraag met zich mee brengt?

Antwoord 20

Samen met betrokken partijen doet het kabinet er alles aan om de samenleving zo lang mogelijk open te kunnen houden en klaar te zijn voor een eventuele opleving. Zo wordt gewerkt aan een korte respons- en doorlooptijd voor vaccineren, opschaalbare testcapaciteit en beschikbaarheid van nieuwe medicatie. Eén van de uitgangspunten van de

strategie is het behouden van een open samenleving. Dat vergt inzet en verantwoordelijkheid van iedereen: maatschappelijke doelgroepen en sectoren, de overheid en individuele burgers. Samen met sectoren werkt het kabinet daarom aan sectorspecifieke plannen. In deze plannen geven sectoren aan welke preventieve acties gedaan kunnen worden, zodat grootschalige verspreiding van het virus en daarmee ziekte en uitval voorkomen kunnen worden. Daarnaast geven sectoren aan welke preferenties zij hebben ten aanzien van (contactbeperkende) maatregelen, mocht onverhoopt sprake zijn van een opleving van het coronavirus. Zie ook het antwoord op vraag 4.

Vraag 21

Het vaccinatieprogramma is zowel in het begin als bij de boostercampagne langzaam verlopen. De leden van de D66-fractie maken uit de strategie op dat in het geval van WRR-scenario 3 of 4 er meerdere vaccinatierondes met een korte doorlooptijd nodig zijn om het virus af te remmen. Hoe de uitvoering hiervan vorm moet krijgen, blijft voor deze leden nog onduidelijk. Zij vragen hoe het kabinet van plan is deze vaccinatierondes dit keer wel snel op te schalen, mocht scenario 3 of 4 zich voordoen.

Antwoord 21

Begin 2021 is de COVID-19-vaccinatiecampagne gestart. Op dat moment waren er nog niet voldoende vaccins én capaciteit om de hele bevolking te vaccineren. De boostercampagne is daarentegen veel sneller verlopen. Vanaf het startmoment (half november 2021) zijn met grote vaart steeds meer mensen gevaccineerd, wat heeft geleid tot een doorlooptijd van enkele weken waarin mensen een afspraak konden maken en zich hebben kunnen laten vaccineren. Door versnelling in deze periode – door vergroting van de capaciteit bij de GGD – is de doorlooptijd tussentijds verkort.

Op dit moment worden uitvoeringsplannen uitgewerkt door het RIVM. De uitvoeringsplannen worden onder andere op basis van de scenario's van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) uitgewerkt. In de uitvoeringsplannen zal aandacht zijn voor snelle opschaling en doorlooptijden zoals die in de scenario's zijn genoemd.

Vraag 22

De leden van de D66-fractie zien dat de inzet op een gezonde leefstijl, om zo de kans te verkleinen op een ongunstig ziektebeloop na besmetting met covid-19, een rol speelt in de langetermijnaanpak. De leden van deze fractie zijn een groot voorstander van de inzet op een gezondere leefstijl, maar denken dat het effect hiervan pas over een langere periode terug te zien is. Kan het kabinet nogmaals puntsgewijs aangeven hoe de inzet op een gezonde leefstijl vorm gaat krijgen in de komende jaren?

Antwoord 22

Het kabinet zet zich volop in voor een gezond, fit en veerkrachtig Nederland. Dat is de opgave waar we als samenleving voor staan. Een opgave die moet uitmonden in een veerkrachtige jeugd, een gezonde beroepsbevolking en vitale ouderen, en in minder gezondheidsachterstanden. Dat vraagt om een sterk en kabinetsbreed preventiebeleid en een brede aanpak, met stimulering van een gezonde leefstijl. Op 17 maart 2022 heeft de Staatssecretaris van VWS uw Kamer geïnformeerd over de preventieaanpak.²⁵ Zoals toegelicht worden de benodigde middelen voor de uitvoering van de plannen betrokken bij de voorjaarsbesluitvorming.

²⁵ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/03/17/kamerbrief-over-preventiebrief-tbv-leefstijldebat-24-maart-2022>

De verdere inzet zal in de loop van dit jaar themagewijs met uw Kamer worden gedeeld. Zo ontvangt uw Kamer bijvoorbeeld mijn inzet op mentale gezondheid, sport en beweegstimulering en tabak voor de zomer en op alcohol, overgewicht en voeding en gezondheidsachterstanden na de zomer.

Vraag 23

Aansluitend op de vorige vraag is het niet zo dat een gezonde leefstijl per se een ernstig beloop van covid-19 voorkomt. Voorkomen van overgewicht doet dat wel. Kan het kabinet aangeven wat de gewenste mate van reductie van overgewicht is om de zorgvraag hanteerbaar te houden bij een nieuwe verheffing van covid-19 of een ander respiratoir virus?

Antwoord 23

Een gezonde leefstijl is een belangrijke element in het voorkomen van een ernstig beloop van COVID-19. Echter, naast een gezonde leefstijl kunnen er ook andere factoren zijn die tot een ernstig beloop van COVID-19 leiden. Een gezonde leefstijl voorkomt dus niet per se een ernstig beloop van COVID-19. Het streven naar een gezond gewicht en een gezonde leefomgeving is een belangrijke ambitie van dit kabinet. Het kabinet houdt vast aan de ambitie uit het Nationaal Preventie Akkoord van 2018 om het overgewicht en obesitasniveau in 2040 terug te hebben gebracht naar het niveau van 1995.²⁶ De inzet op de aanpak van overgewicht wordt na de zomer met uw Kamer gedeeld.

Vraag 24

Het blijft voor de leden van de D66 fractie onduidelijk onder welke voorwaarden vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet gaan worden. Voorspelbaarheid is een belangrijke factor voor burgers om dit soort maatregelen te kunnen blijven accepteren. Graag krijgen deze leden een uiteenzetting van de voorwaarden waaronder vrijheidsbeperkende maatregelen zullen worden ingezet. De langetermijnvisie is daarover nu onduidelijk.

Antwoord 24

Eén van de uitgangspunten van de strategie is het behouden van een open samenleving. Dat vergt inzet en verantwoordelijkheid van iedereen: maatschappelijke doelgroepen en sectoren, de overheid en individuele burgers. Het kabinet doet er daarom alles aan om te voorkomen dat nieuwe belastende contactbeperkende maatregelen nodig zullen zijn. Desalniettemin kan het onverhoopt inderdaad nodig zijn om vrijheidsbeperkende maatregelen te treffen.

De besluitvorming over maatregelen is gebaseerd op een combinatie van verschillende factoren. In samenwerking met het RIVM, proberen we, met behulp van verschillende monitoringsinstrumenten, ervaringen zo vroeg mogelijk te signaleren. Doordat we niet meer grootschalig testen, zijn andere instrumenten belangrijker geworden, zoals rioolwatersurveillance. Ook doen we onderzoek naar aanvullende instrumenten, zoals de infectieradar. Hiermee wordt zicht gehouden op verschillende aspecten van het virus zoals de vroegsignalering, de ernst van het virus, de druk op de zorg en de immuniteit tegen het virus. Het RIVM duidt wekelijks de epidemiologische situatie. De criteria die worden gehanteerd, zijn dus een optelsom van verschillende monitoringsinstrumenten. Ook zijn we altijd op zoek naar aanvullende datastromen, zowel nationaal als internationaal, om besluitvorming zo goed mogelijk te ondersteunen.

²⁶ Nationaal Preventie Akkoord (2018), p. 37, via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>

Bij de besluitvorming over maatregelen worden adviezen van verschillende instanties betrokken. Hierbij kijkt het kabinet nadrukkelijk ook naar de sociaal-maatschappelijke en economische gevolgen van de maatregelen. Hiertoe onderzoekt het kabinet momenteel de oprichting van een Maatschappelijke Impact Team (MIT). Het MIT kan adviseren over sociaal-maatschappelijke en economische ontwikkelingen, naast de epidemiologische adviezen van het RIVM of het OMT. Ook worden adviezen van gedragswetenschappers, communicatiedeskundigen en handhavers meegewogen.

Het kabinet maakt op basis van genoemde factoren en adviezen een bestuurlijke weging, waarbij altijd wordt gekeken of maatregelen proportioneel (evenredig), noodzakelijk (vereist om het doel te behalen) en subsidiair (minst zware maatregel) zijn.

Vraag 25

De langetermijnvisie gaat uit van zowel sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit als ook van de toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen. Die uitgangspunten steunen deze leden, maar zij zijn ook zo realistisch om te zien dat dat eerder niet voor beide uitgangspunten gelukt is, terwijl dat ook eerder nagestreefd werd. Is de situatie daarmee in feite niet onveranderd ten opzichte van de afgelopen twee jaar? Zo nee, waarom denkt het kabinet dat de twee doelstellingen nu wel gelijktijdig te behalen zijn?

Antwoord 25

In de brief over de langetermijnaanpak van 1 april 2022 erkent het kabinet dat de twee doelstellingen op gespannen voet kunnen staan. In de afgelopen twee jaar hebben veel mensen mentale, fysieke en economische schade geleden. Daarom streeft het kabinet naar een andere aanpak waarbij de samenleving open kan blijven en iedereen zoveel als mogelijk op een veilige manier kan deelnemen. In deze fase van de pandemie hebben we meer kennis over het virus. Garanties zijn echter niet te geven, maar met inzet van iedereen proberen we te voorkomen dat mensen opnieuw schade zullen lijden.

Vraag 26

Is in de langetermijnvisie geborgd dat er tijdig maatregelen getroffen worden, dat wil zeggen dat bij toename van het aantal infecties al maatregelen ingesteld worden in plaats van te wachten totdat ziekenhuis- en IC-opnames stijgen? Dit is relevant omdat in de afgelopen twee jaar meermaals pas maatregelen werden ingesteld nadat het aantal besmettingen exponentieel stijgend waren en daarmee een grote druk op de zorg niet meer te voorkomen was.

Antwoord 26

Het tijdig treffen van maatregelen is van groot belang. De afgelopen twee jaar heeft ons geleerd dat het coronavirus grillig en onvoorspelbaar is en dat het moment van ingrijpen daardoor lastig te voorspellen is. In samenwerking met het RIVM, proberen we, met behulp van verschillende monitoringsinstrumenten, ervaringen zo vroeg mogelijk te signaleren. Doordat we niet meer grootschalig testen, zijn andere instrumenten belangrijker geworden, zoals rioolwatersurveillance. Ook doen we onderzoek naar aanvullende instrumenten, zoals de infectieradar.

Hiermee wordt zicht gehouden op verschillende aspecten van het virus zoals de vroegsignalering, de ernst van het virus, de druk op de zorg en de immuniteit tegen het virus. Het RIVM duidt wekelijks de epidemiologische situatie. Het kabinet onderschrijft de stelling dat tijdige inzet van (voorzorgs)maatregelen van groot belang is om te grote druk op de zorg

te voorkomen, maar merkt tegelijkertijd op dat te vroeg ingrijpen ook (sociaal-maatschappelijke) kosten met zich meebrengt.

Vraag 27

De leden van de fractie van D66 hebben daarnaast nog enkele vragen over de brief van 1 april 2022 met de kabinetsreactie op het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid «Aanpak coronacrisis deel 1».

De doelen van het coronabeleid van de afgelopen jaren waren drieledig: beschermen van de kwetsbaren, zicht houden op het virus en het werkbaar houden voor de zorg. Het OVV-rapport²⁷ geeft aan dat de eerste twee doelen niet behaald zijn. Gezien de overbelasting van in ieder geval de IC's, de uitgestelde zorg die zich heeft opgestapeld en het langdurig hoge ziekteverzuim dat is opgetreden bij zorgpersoneel, kan gesteld worden dat ook de derde doelstelling niet gehaald is. Kan het kabinet bevestigen dat geen van de drie doelen behaald zijn? Zo ja, wat betekent deze constatering? Zo nee, kan worden toegelicht waarom het kabinet dit anders ziet?

Antwoord 27

De Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) wijst in zijn conclusies op tekortkomingen in de aansturing, uitvoering, samenwerking, besluitvorming en communicatie van de crisisaanpak in de eerste maanden van de coronacrisis. In de kabinetsreactie op het OVV-rapport heeft het kabinet aangegeven dat het deze punten herkent en wil leren van de aanbevelingen van de Raad, zodat bij een volgende crisis niet alleen het kabinet, maar alle betrokken partijen beter zijn voorbereid.

Specifiek ten aanzien van de derde doelstelling wenst het kabinet te benadrukken dat het beheersen van de druk op de zorg niet hetzelfde is als het streven naar een situatie die gelijk is aan een situatie zonder het virus. De derde doelstelling werd op het Coronadashboard van de rijksoverheid dan ook geformuleerd als het volgen van «acceptabele belastbaarheid van de zorg». Het is niet realistisch om te denken dat de extra zorg als gevolg van het coronavirus, opgevangen kan worden zonder gevolgen voor de reguliere zorg en zonder gevolgen voor de werkdruk van het zorgpersoneel. Het kabinet heeft afgelopen jaren dan ook alles op alles gezet om de gevolgen zoveel mogelijk te beperken en de druk op de zorg te beheersen. Dat heeft het kabinet gedaan door het nemen van maatregelen om het aantal besmettingen en vervolgens ook de instroom in de zorg te beperken. Daarnaast heeft het kabinet afspraken gemaakt met diverse zorgsectoren om de extra zorgvraag veroorzaakt door COVID-19 zo goed mogelijk op te vangen, bijvoorbeeld over de opschaling van bedden capaciteit met ziekenhuizen en over de uitstroom naar eerstelijnsverblijfbedden in de verpleeg- verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties (VVT-sector). Ook zijn diverse maatschappelijke crisisinitiatieven ondersteund, gericht op tijdelijk extra zorgpersoneel en ondersteunend personeel.

Vraag 28

De regeringsreactie op het OVV-rapport wordt gekenmerkt door instemming met vrijwel alle constatering. De leden van de D66-fractie vernemen graag op welk van de conclusies die de OVV in het rapport trekt reeds aanpassingen zijn gedaan, zodat die issues niet opnieuw gaan spelen bij opleving van het coronavirus of andere pandemische virussen.

Antwoord 28

²⁷ Kamerstuk 25 295, AC en bijlage.

Het kabinet heeft de beleidsagenda pandemische paraatheid van het Ministerie van VWS 14 april jl. aan uw Kamer aangeboden.²⁸ Hierin wordt goed voorbereide, flexibele en opschaalbare zorg, leveringszekerheid, en een verbetering van (het stelsel voor) de publieke gezondheid geagendeerd.

Zoals aangekondigd in de kabinetsreactie op het onderzoeksrapport OVV Aanpak Coronacrisis²⁹ wordt de integrale kabinetsbrede aanpak van voorbereiding op pandemie vervat in het later dit jaar op te stellen Landelijk Crisisplan Infectieziektebestrijding (LCP-I). Het plan wordt opgesteld onder leiding van de Minister van VWS in samenwerking met de Minister van Justitie en Veiligheid met veiligheidsregio's als mede-eigenaar. Juist dit landelijke crisisplan ziet op de beheersing van de brede maatschappelijke effecten en beoogt onder andere via het mede-eigenaarschap van de veiligheidsregio's de afstand tussen beleid en uitvoering te verkleinen en meer dan voorheen rekening te houden met de operationele toepasbaarheid, de uitvoeringspraktijk en de handhaafbaarheid van bepaalde maatregelen. De conclusies en aanbevelingen die zien op de nationale crisisstructuur worden op dit moment meegenomen bij de aanpassing van het besluit Ministeriële Commissie Crisisbeheersing en het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming. In navolging van de conclusies van de Onderzoeksraad aangaande de aansturing van het zorgveld zal ik mede namens mijn collega's van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en Justitie en Veiligheid naar verwachting begin juni de Tweede Kamer nader informeren hoe deze sturing tijdens een pandemie verder wordt vormgegeven. Deze informatie zal ik ook met uw Kamer delen.

Ten aanzien van het OMT is in de langetermijnbrief van 13 april jl. aangegeven dat het kabinet werkt aan de oprichting van een Maatschappelijk Impact Team (MIT), dat naast het OMT staat. Het MIT kan zich houden op sociaal-maatschappelijke en sociaaleconomische ontwikkelingen en kan advies geven over de impact van maatregelen op de economische en maatschappelijke vitaliteit en continuïteit. Dit draagt bij aan het borgen van een gedegen afweging in de besluitvorming tussen de epidemiologische en maatschappelijke impact van eventuele maatregelen.

Voor de langdurige zorg geldt dat de veldpartijen gezamenlijk, dus zowel vanuit de ouderenzorg als gehandicaptenzorg, in hun plan «Stip op de horizon COVID-19 in de langdurige zorg – in alle geclusterde woonvormen in de ouderen- en gehandicaptenzorg»³⁰ in beeld hebben gebracht wat nodig is voor een goede voorbereiding op de toekomst en hoe COVID-19 een plek kan krijgen in relatie tot het leven in instellingen voor langdurige zorg. Uitgangspunt daarbij is de kwaliteit van leven en autonomie van bewoners. De Minister voor Langdurige Zorg en Sport is in overleg met veldpartijen om gezamenlijk de acties uit de «Stip op de horizon» concreet te maken en te verbinden aan de kabinetsvoornemens, zoals ze onder meer zijn aangekondigd in de beleidsagenda pandemische paraatheid van half april jl. Aandacht voor kwetsbaren, zoals ook door de OVV in aanbeveling 5 geformuleerd, is een belangrijk thema voor de lange termijn. In de nog voor de zomer te versturen brief over de lange termijn

²⁸ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/04/14/kamerbrief-over-beleidsagenda-pandemische-paraatheid>

²⁹ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/04/01/kamerbrief-over-kabinetsreactie-onderzoeksrapport-van-de-onderzoeksraad-voor-veiligheid-aanpak-coronacrisis-deel-1>

³⁰ https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/Stipophorizonlangdurigezorgcovid7maart2022.pdf

zal ik nader ingaan op de sectorale plannen en de aandacht voor kwetsbare personen.

Vragen van de PVV-fractieleden

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van 1 april 2022 met de langetermijnstrategie ter bestrijding van covid-19. Zij hebben hierover nog een aantal vragen.

Vraag 29

Op pagina 5 van de brief wordt ingegaan op het vaccinatieprogramma. Kan het kabinet aangeven in hoeverre het de bedoeling is om (weer) toegangsbewijzen en/of andere beperkende maatregelen te verbinden aan de vaccinatiestatus? Kan daarbij tevens worden verduidelijkt in hoeverre dat afhankelijk zal zijn van een optelsom van «herhaalvaccinaties»?

Antwoord 29

Op 17 mei 2022 was er in de Eerste Kamer geen meerderheid voor de vijfde verlenging van de Tijdelijke wet maatregelen covid-19. Als gevolg hiervan is ook de juridische grondslag komen te vervallen om coronatoegangsbewijzen in te zetten. Op dit moment is het dus niet mogelijk voor het kabinet om coronatoegangsbewijzen in te zetten. Tevens zal de grondslag die het mogelijk maakt om CTB's in te zetten geen onderdeel uitmaken van de eerste tranche van de herziening van de Wpg.

Wel is in de brief over de langetermijnaanpak van COVID-19 van 1 april 2022 uiteengezet dat het kabinet met verschillende sectoren gesprekken voert over de inzet van mogelijke maatregelen, die door de sectoren zelf werkbaar worden geacht in het geval dat de epidemie weer opleeft. Daarbij is ook de mogelijke inzet van CTB's een onderwerp. Mocht uit deze gesprekken naar voren komen dat sectoren eraan hechten het instrument in te kunnen zetten om op deze manier langer, en met minder schade, open te blijven dan zonder de inzet van het CTB mogelijk zou zijn, dan wordt bezien of ten behoeve van het openblijven van de samenleving en ter ondersteuning van deze sectoren voor dit instrument een nieuwe juridische grondslag gecreëerd dient te worden.

Vraag 30

Op dezelfde pagina wordt voorts gesproken over het optimaliseren van de capaciteit. Kan het kabinet aangeven waarom hierbij niet wordt ingezet op extra (IC-)bedden en structureel extra handen aan het bed? Hoe verhoudt deze zeer beperkte inzet op extra zorgcapaciteit zich tot de door het kabinet geschetste scenario's op pagina 7 van de brief?

Antwoord 30

Op de gehele arbeidsmarkt zien we tekorten. Dus ook in de zorg. De zorgcapaciteit is begrensd door het aantal zorgverleners dat beschikbaar is. De knelpunten voor verder opschalen zijn vooral het hoge ziekteverzuim en het gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel. Zie ook het antwoord op vraag 4.

Vraag 31

Op pagina 11 wordt ingegaan op de inzet van het Digitaal Corona Certificaat (DCC), waarbij wordt gesteld: *«Daarom is op Europees niveau een sterkere samenwerking en betere coördinatie nodig met het oog op vaccinatie, zicht houden op het virus en maatregelen – indien deze nodig zijn bij een eventuele opleving van het virus. Juist omdat de organisatie van gezondheidszorg een nationale competentie is, is het van belang dat een sterk fundament wordt gelegd voor Europese coördinatie en samenwerking bij het bestrijden van grensoverschrijdende bedreigingen*

van de gezondheid en het mitigeren van wederzijdse effecten door nationale aanpak en EU-interne exportbeperkingen te voorkomen. Sterkere samenwerking op Europees niveau zorgt ook voor betere uitlegbaarheid, effectiviteit en eenduidigheid van eventuele maatregelen bij een opleving van het virus.»

Antwoord 31

Zoals beschreven in de brief over de langetermijnstrategie van 1 april jl., is vaccineren in Nederland een vrije keuze. Die keuze is echter niet zonder gevolgen. Indien de immuniteit in Nederland te laag wordt, bestaat het risico dat de toegankelijkheid van de zorgketen in het geding komt. Het DCC is een instrument om het vrije verkeer binnen de EU tijdens de coronapandemie te faciliteren. Het is aan de lidstaten zelf om te bepalen welke eisen zij met het oog op de volksgezondheid stellen bij het inreizen. Een groot aantal EU-landen, waaronder Nederland, stelt op dit moment geen eisen voor inreizen meer voor reizigers uit de EU. Het is op dit moment lastig in te schatten hoe de epidemiologische situatie zich gaat ontwikkelen en of er weer meer eisen aan het inreizen gesteld gaan worden waarbij het DCC weer vaker faciliterend ingezet zal worden. Een DCC kan worden verkregen door middel van een vaccinatie-, herstel- of testbewijs. Het kabinet is niet voornemens deze keuzevrijheid in te perken.

Vraag 32

Op pagina 18 staat: *«Een andere situatie is dat de periodieke oplevingen zo breed en ingrijpend zijn dat het van belang wordt om niet alleen de meest kwetsbare mensen individueel te beschermen, maar dat het ook nodig is om de hele bevolking extra te beschermen.»* Kan het kabinet duidelijk maken of «de hele bevolking extra beschermen» beperkt blijft tot het vrijwillig aangeboden krijgen van vaccins, en of en in hoeverre het kabinet voornemens is om er in deze situatie ook beperkende maatregelen aan te koppelen?

Antwoord 32

Indien in de toekomst blijkt dat extra bescherming tegen het coronavirus vereist is, zal het kabinet er alles aan doen om de immuniteitsgraad door middel van vaccinatie zo hoog mogelijk te houden, zonder over te gaan tot dwingende verplichtingen.

Vraag 33

«Op deze manier kun je alle mensen in staat stellen opnieuw een afgewogen keuze te maken over wel of geen vaccinatie. Dit past bij de benadering om de burgers zelf meer verantwoordelijkheid te geven. Die verantwoordelijkheid en keuzevrijheid kunnen wel consequenties hebben voor mensen individueel en voor de samenleving als geheel. Een lage vaccinatiegraad in de situatie dat het risico op ziekenhuisopnames groot is, heeft het risico van toenemende druk op de zorg en op het nemen van extra maatregelen», zo staat op pagina 19 van de brief. Kan het kabinet aangeven hoe er sprake kan zijn van keuzevrijheid als er dan toch beperkende maatregelen aan verbonden worden en er daarmee dus geen sprake is van eigen verantwoordelijkheid, maar van vaccinatiedrang?

Antwoord 33

In de brieven over de langetermijnstrategie van 8 februari jl.³¹ en 1 april jl.³² staat beschreven dat het coronabeleid uitgaat van twee gelijkwaardige en nevenschikende doelen. Deze luiden als volgt:

- Sociaal-maatschappelijke en economische continuïteit/vitaliteit, en

³¹ Kamerstuk 25 295, nr. 1780.

³² Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/04/01/kamerbrief-over-langetermijn-aanpak-covid-19>

- Toegankelijkheid van de gehele zorgketen voor iedereen.

Zoals ook beschreven in de brief over de langetermijnstrategie van 1 april jl., is vaccineren in Nederland een vrije keuze. Die keuze is echter niet zonder gevolgen. Indien de immuniteit in Nederland te laag wordt, bestaat het risico dat de toegankelijkheid van de zorgketen in het geding komt. Vanwege dat risico kan het onverhoopt nodig zijn om contactbeperkende maatregelen op te leggen. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het behouden van de open samenleving één van de uitgangspunten van de langetermijnstrategie is. Contactbeperkende maatregelen zullen pas worden ingezet of opgelegd indien blijkt dat de voorzorgsmaatregelen die verschillende sectoren zelf kunnen nemen niet volstaan om een zorgwekkende uitbraak van COVID-19 te stoppen.

Vraag 34

De leden van de PVV-fractie lezen op pagina 20: «*Tegelijkertijd laat de opkomst van Omikron zien dat het vaccin geen panacee is in het tegengaan van verspreiding van het virus.*» Kan worden aangegeven waarom er dan toch wordt vastgehouden aan de mogelijke inzet van maatregelen die ten aanzien van verspreiding niet (bewezen) effectief zijn? Op basis van welke indicatoren (conform aangenomen motie-Van Hattem³³) en criteria wordt dan bepaald of het inzetten van maatregelen die zich richten op extra vaccinaties effectief zijn voor het beoogde doel?

Antwoord 34

De inzet van maatregelen is effectief gebleken voor de bestrijding van de verspreiding van het virus. Hoewel het effect van een afzonderlijke maatregel lastig meetbaar is, gaat het om een combinatie van maatregelen, die in onderlinge samenhang helpen een ongecontroleerde verspreiding in te dammen.

Het kabinet probeert, in samenwerking met het RIVM, oplevingen zo vroeg mogelijk te signaleren met instrumenten zoals de infectieradar, rioolwatersurveillance en het aantal positieve testen. We houden de ernst van het virus in de gaten door te kijken naar ziekenhuis- en IC-opnames en sterfte. De druk op de zorg wordt gemonitord door onder andere te kijken naar de bezette bedden in de zorg en besmettingen in verpleeghuizen. De immuniteit tegen het virus houden we in de gaten door bijvoorbeeld te kijken naar vaccinaties en serologie.

Daarnaast wordt het kabinet geadviseerd door het RIVM of het OMT en kijken we nadrukkelijk naar de sociaal-maatschappelijke en economische gevolgen van de maatregelen, waarbij we geadviseerd worden door onder andere het SCP, gedragswetenschappers, communicatiedeskundigen, handhavers en in de toekomst ook door het MIT. Op basis van al deze factoren en adviezen maakt het kabinet een bestuurlijke weging, waarbij altijd wordt gekeken of maatregelen proportioneel, noodzakelijk en subsidiair zijn ten opzichte van de kabinetsdoelen.

Ten aanzien van vaccinaties motiveert het kabinet mensen om zich voldoende te laten vaccineren, middels passende communicatie op basis van adviezen en inzichten van gedragsexperts. Uitgangspunt is dat mensen op basis van betrouwbare informatie een weloverwogen keuze kunnen maken. Uit de meest recente cijfers van het RIVM blijkt dat goede vaccinatie (inclusief booster) 82% effectief is voor wat betreft bescherming tegen ziekenhuisopname en 91% effectief voor wat betreft IC-opname. Het ziektebeeld van gevaccineerden is over het algemeen aanzienlijk minder ernstig dan dat van ongevaccineerden; alleen al om die reden is het

³³ Kamerstukken I 2020/21, 35 526, I.

kabinet van mening dat het zinvol is mensen te motiveren zich te laten vaccineren. Daarbovenop blijkt uit onderzoek van het RIVM dat er minder overdracht van het virus plaatsvindt na volledige en gedeeltelijke vaccinatie.

Vraag 35

Op dezelfde pagina staat: *«Dit hoeft niet altijd samen te vallen met een door Nederland vastgestelde medische noodzaak voor vaccinatie. Mogelijk leidt dit ertoe dat we COVID-19-vaccinatie in sommige omstandigheden dan meer als reïsvaccinatie moeten beschouwen.»* Hoe verhoudt dit zich tot medische nut en noodzaak, aangezien zo'n «reïsvaccin» ook bedoeld is binnen de EU tot het vrij verkeer van personen binnen de Schengenzone?

Antwoord 35

In Nederland wordt er gehecht aan vrij verkeer van personen en daarom worden het liefst geen maatregelen gezien binnen de EU en Schengenzone, tenzij epidemiologisch noodzakelijk. Een reïsvaccin is dan ook bedoeld om reizen te faciliteren.

Het kan zijn dat de adviezen van de Nederlandse Gezondheidsraad (GR) afwijken van de adviezen van vergelijkbare instituten in andere landen. Hierdoor kan het zijn dat de GR geen medische noodzaak ziet voor een additionele vaccinatie, maar adviesorganen in andere landen wel. Dit speelde onder andere bij de groep Nederlanders die met het Janssen-vaccin zijn gevaccineerd en één booster hebben ontvangen. Zij ondervonden moeilijkheden bij het inreizen en de toegang tot voorzieningen in sommige landen. Ondanks dat de GR het niet medisch noodzakelijk achtte, is het verkrijgen van extra mRNA-vaccinatie voor deze groep mogelijk gemaakt, mede omdat deze groep niet kon kiezen voor een ander COVID-19-vaccin. Het kabinet streeft naar gelijke regels binnen de EU.

Vraag 36

«In het verlengde van registratie wil het kabinet met Lareb en andere uitvoerende organisaties en wetenschappelijke partijen in gesprek of en op welke manier structurele monitoring van en onderzoek naar bijwerkingen ook in de aankomende periode kan worden vormgegeven» (pagina 20/21). Waarom is hiervoor nog niet eerder een concreet plan gemaakt? Betekent dit dat bijwerkingen nu niet structureel worden gemonitord en onderzocht?

Antwoord 36

Bijwerkingen worden wel degelijk structureel gemonitord en onderzocht. Het plan gaat over hoe dit ook in de aankomende periode kan worden vormgegeven.

Vraag 37

Op pagina 23 wordt gesproken over het vervallen van het testen ten behoeve van het herstelbewijs. Kan het kabinet aangeven wat dit betekent voor het testen voor het DCC, waarvoor het nog wel verplicht is?

Antwoord 37

Het kan zijn dat een herstelbewijs nodig is om te reizen ten behoeve van het DCC, bijvoorbeeld als iemand niet volledig gevaccineerd is. Ook na 11 april 2022, onder het nieuwe testbeleid, kan men nog steeds bij de GGD terecht voor een herstelbewijs-test.

Vraag 38

Op pagina 28 staat: *«In het huidige stelsel is de voorzitter veiligheidsregio – naast de integrale afweging in het kader van veiligheid/openbare orde –*

ook bestuurlijk verantwoordelijk voor de bestrijding van COVID als A-infectieziekte. De Minister van VWS heeft de leiding over de bestrijding van COVID als A-infectieziekte en kan hiertoe aanwijzingen geven aan de voorzitters van de veiligheidsregio's.» Kan het kabinet toelichten waarom, gelet op het karakter van de omikronvariant, de A-status nog van kracht is met onderliggende vergaande bevoegdheden? Daarbij stelt de brief: «Hiervoor onderzoekt het kabinet het opstellen van een afwegingskader met een juridisch kader, waarin ruimte is voor prioritering.» Kan het kabinet aangeven in hoeverre het intrekken van de A-status onderdeel zal zijn van dat afwegingskader?

Antwoord 38

Voor het aanwijzen van een infectieziekte als een A-ziekte, is het onder andere van belang of het nodig is om landelijke regie te voeren. Op dit moment bevinden we ons in een transitiefase. In deze fase zijn nog veel onzekerheden over de ontwikkeling van de epidemie. Ook het OMT heeft geadviseerd de meldingsplicht in groep A te handhaven. Het in deze passage genoemde afwegingskader is vooral bedoeld om de beslissing om maatregelen in te zetten goed te kunnen afwegen. Het aanwijzen van een infectieziekte als een A-ziekte is daarvan geen onderdeel omdat uit die aanwijzing niet direct maatregelen voortkomen.

Vraag 39

Tot slot lezen de leden van de PVV-fractie op pagina 33/34 van de brief: «Het kabinet zet in op een «*person-based approach*», waarbij de *immunitetsstatus*, aangetoond met een vaccinatie- of herstelbewijs, van de reiziger bepalend is voor de geldende maatregelen bij inreizen en wordt middels de reisadviezen meer ruimte gegeven voor een individuele afweging bij het maken van een risico-inschatting.» Kan het kabinet duiden in hoeverre er sprake kan zijn van «meer ruimte voor individuele afweging bij het maken van een risico-inschatting» als de «*immunitetsstatus*» met een daartoe dwingend vaccinatie- of herstelbewijs nog steeds bepalend is?

Antwoord 39

De reisadviezen dienen ter informatie voor de Nederlandse reiziger over de veiligheidsrisico's in het buitenland. Voorheen werden de kleurcodes van de adviezen sterk bepaald door de coronasituatie in het land van bestemming, waardoor het kabinet in veel gevallen een negatief reisadvies gaf. Het kabinet heeft op 25 februari jl. besloten dat de COVID-19-situatie in een gegeven land niet langer doorslaggevend is voor de kleur van het reisadvies. Alle veiligheids- en gezondheidsrisico's wegen weer mee. Hierdoor kan de reiziger weer een individuele afweging maken om wel of niet op reis te gaan.

De inzet van het kabinet op een *person-based approach* op basis van immunitetsstatus heeft, in tegenstelling tot de reisadviezen, betrekking op reizigers die naar Nederland komen. De immunitetsstatus kan worden aangetoond door middel van een coronabewijs, zij het een (negatief) test-, herstel- of vaccinatiebewijs. Als de reiziger dus niet over een vaccinatie- of herstelbewijs beschikt, kan met een negatief testbewijs worden aangetoond dat de persoon in kwestie op het moment van testafname niet besmet was met het coronavirus.

Door testen als derde optie beschikbaar te stellen, kan eenieder deelnemen aan het internationaal reisverkeer en wordt middels de reisadviezen voldoende ruimte gelaten voor een individuele afweging door de reiziger.

Vragen van de PvdD-fractieleden

Vraag 40

De leden van de PvdD-fractie hebben kennisgenomen van de brief met een drietal opties voor een wettelijke grondslag voor verplichtende maatregelen ter bestrijding van covid-19 op de lange termijn. Gegeven het belang om te beschikken over bevoegdheden indien een ernstige epidemie optreedt, zou dan volgens het kabinet een simpele wetswijziging kunnen volstaan waarbij hoofdstuk Va van de Wet publieke gezondheid – nadat dit niet meer verlengd is – met de oorspronkelijke inhoud opnieuw wordt vastgesteld, maar de bepalingen pas in werking treden nadat daartoe bij koninklijk besluit is besloten op eenzelfde wijze als geregeld in de Wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag?

De regeling zou dan het volgende kunnen inhouden:

Hoofdstuk Va: buitengewone omstandigheden verband houdende met een ernstige epidemie

Artikel 58a: Alleen de omschrijving van «epidemie» wordt gewijzigd in: de epidemie zoals omschreven in het koninklijk besluit als bedoeld in artikel 58b, eerste lid.

Artikel 58b wordt gewijzigd in:

1. De bepalingen van dit hoofdstuk kunnen, indien buitengewone omstandigheden verband houdende met een ernstige epidemie dit noodzakelijk maken, bij koninklijk besluit dat de epidemie beschrijft, gezamenlijk of afzonderlijk in werking worden gesteld.
2. tot en met 6. overnemen artikel 1, tweede tot en met zesde lid, van de Wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag.
7. De bevoegdheden worden slechts toegepast ter bestrijding van de epidemie, of de dreiging daarvan voor zover die toepassing: onderdelen a, b en c van het huidige artikel 58b, tweede lid.
8. Huidige derde lid van artikel 58b.

Antwoord 40

Ik dank de fractie voor het meedenken. In mijn brief van 4 mei 2022 aan beide Kamers schets ik de hoofdlijnen van een eerste tranche herziening van de Wet publieke gezondheid als vervolg op de Tijdelijke wet maatregelen covid-19. Het wetsvoorstel bevat structurele grondslagen voor het nemen van collectieve, verplichtende maatregelen voor infectieziektebestrijding van specifieke A-ziekten (waaronder COVID-19). Het wetsvoorstel eerste tranche is daarmee breder en structureler dan de optie van een overbruggingswet. De inhoud zal inderdaad veel overeenkomsten vertonen met het huidige tijdelijke hoofdstuk Va, waarbij we uitgaan van de voorgenomen maatregelen uit de zesde verlenging. Maar er zijn ook verschillen: het gaat om een structurele wijziging, het wettelijk kader is van toepassing op de infectieziektenbestrijding van A-ziekten in het algemeen en de aan- en uitzetprocedure zal naar verwachting anders zijn.

Momenteel wordt nog gezien welke systematiek moet worden toegepast om deze bevoegdheden alleen van toepassing te laten zijn op een binnen de groep A-ziekten aan te wijzen ziekte (zoals COVID-19). Het voorstel voor een procedure met een koninklijk besluit waarna een wet volgt, zoals het door deze fractie aangehaalde voorbeeld van de Wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag (Wbbbg), is een optie.