

Vergaderjaar 2019–2020

25 295

Infectieziektenbestrijding

Nr. 428

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 juni 2020

In deze brief informeer ik u, mede namens de Minister voor Medische Zorg en Sport (MZS), de Minister van Justitie en Veiligheid (JenV), de Minister van Infrastructuur en Waterstaat, de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), de Minister voor Basis- en Voortgezet Onderwijs en Media (BVOM), de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Staatssecretaris van Infrastructuur en Waterstaat (IenW) over de actuele stand van zaken met betrekking tot de uitbraak van COVID-19.

De afgelopen maanden is hard gewerkt om het virus onder controle te krijgen. Deze inspanningen hebben resultaat, want de cijfers laten een flinke verbetering van de situatie zien. Daarmee ontstaat ruimte om de eerder genomen maatregelen verder te versoepelen. Bij elke stap die we hierin zetten, vormen de ankerpunten die ik ook in mijn eerdere brieven heb genoemd het uitgangspunt: het beschermen van kwetsbare mensen, acceptabele belastbaarheid van de zorg, en zicht op de verspreiding van het virus.

Leeswijzer

In deze brief ga ik allereerst in op de adviezen van het Outbreak Management Team, de aanpak die het kabinet kiest en het maatregelenpakket dat daarbij hoort (paragraaf 1). Daarna breng ik u op de hoogte van de ontwikkelingen rondom het dashboard (paragraaf 2), toerisme en het aflopen van het Schengen inreisverbod (paragraaf 3), uitkomsten van het onderzoek van de Gedragsunit van het RIVM (paragraaf 4), testen, traceren en digitale ondersteuning (paragraaf 5), vaccinontwikkeling (paragraaf 6), innovatieve behandelingen (paragraaf 7), kwetsbare personen (paragraaf 8), zorg voor patiënten in de curatieve sector (paragraaf 9), personeel in de zorg (paragraaf 10), de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (paragraaf 11), Caribisch Nederland (paragraaf 12),

financiën (paragraaf 13), inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen, IC-apparatuur en testen (paragraaf 14), en *lessons learned* (paragraaf 15).

1. Besluitvorming en versoepelingen maatregelen per 1 juli

De cijfers laten een flinke verbetering van de situatie zien. Uitgaande van de drie bekende ankerpunten – houdbare zorg, bescherming van kwetsbaren en zicht op verspreiding van virus – ontstaat nu ruimte tot versoepeling van maatregelen. Daarom acht het kabinet het mogelijk om per 1 juli over te gaan tot een algemene openstelling van de resterende sectoren en activiteiten, op basis van het advies van het Outbreak Management Team (zie bijlage I)¹ en het BAO. Om dit mogelijk te maken gelden een aantal belangrijke basisvoorwaarden en een aantal uitzonderingen. Met deze algemene openstelling per 1 juli breekt een nieuwe fase aan. In deze controlefase is de aanpak erop gericht het virus maximaal onder controle te houden, en tegelijkertijd om de samenleving zoveel mogelijk open te stellen en door basisregels te hanteren voor activiteiten binnen en voor activiteiten buiten.

Voorwaarden

De absolute voorwaarde om dit te kunnen doen is dat de controle die sinds maart is bereikt, in deze nieuwe fase verankerd wordt. Dit lukt alleen met de volgende basisregels die voor iedereen blijven gelden en door iedereen opgevolgd worden: blijf thuis bij klachten en laat je dan ook testen, werk zoveel mogelijk thuis, handen wassen, 1,5 meter afstand houden en drukte vermijden. Ontwikkel je benauwdheid en/of koorts, dan blijven ook gezinsleden thuis. Ook de andere hygiëneadviezen zoals hoesten en niezen in de binnenkant van de elleboog, en papieren zakdoekjes gebruiken en meteen weggooien, blijven gelden. Ben je 70 jaar of ouder, of heb je een kwetsbare gezondheid, wees dan extra voorzichtig.

Naast deze voorwaarden die voor ons allemaal gelden, is er een aantal randvoorwaarden die gelden bij de algemene openstelling per 1 juli. In de openbare ruimte zal er steeds voor gezorgd moeten worden dat de 1,5 meter afstand gehouden kan worden en dat er niet te grote groepsvorming plaatsvindt. Dit is een verantwoordelijkheid van ons allemaal. Ondernemers en organisatoren van evenementen dragen primair zorg voor de implementatie en handhaving van de 1,5 meter op locaties. Als sluitstuk houdt de overheid hier toezicht op. Bij extreme drukte zal worden overgegaan tot sluiting van locaties door de burgemeester en de voorzitter van de betreffende veiligheidsregio.

1. Aanpak algemene openstelling per 1 juli

Bij deze algemene openstelling per 1 juli wordt een onderscheid gemaakt tussen basisregels voor activiteiten binnen en voor activiteiten buiten. Hieronder zijn de algemene regels beknopt weergegeven.

Basisregels voor activiteiten binnen

Op hoofdlijnen wordt voor de binnenruimte een onderscheid gemaakt tussen drie situaties.

- 1) Bij activiteiten met placering (vaste zitplaats, of anders aangewezen plaatsen), maar zonder triage en reservering, zoals in kleine cafés, kerken en sportscholen, gelden per 1 juli de volgende regels:

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- Per ruimte zijn maximaal 100 bezoekers toegestaan. Dit is exclusief personeel en met de voorwaarde dat de bijbehorende «verkeersstromen» en sanitaire voorzieningen gescheiden kunnen worden;
 - Locaties moeten zo worden ingericht dat de 1,5 meter-maatregel kan worden nageleefd met behulp van door branche opgestelde protocollen, danwel afwegingskaders van het RIVM;
 - Ondernemers en bedrijven/organisaties dragen hier zelf zorg voor. De overheid ziet toe op naleving door ondernemers en bedrijven/organisaties.
 - Op locatie worden hygiënemaatregelen gerealiseerd.
- 2) Bij activiteiten binnen met placering (met een vaste zitplaats), waar ook reservering en triage toegepast worden, zoals culturele voorstellingen en grotere cafés en kerken, gelden de volgende regels:
- Hier is geen maximum aan het aantal personen per ruimte, zolang de bijbehorende «verkeersstromen» en sanitaire voorzieningen gescheiden kunnen worden;
 - Locaties moeten zo worden ingericht dat de 1,5m-maatregel kan worden nageleefd, met behulp van door branche opgestelde protocollen, danwel afwegingskaders van het RIVM;
 - Ondernemers en bedrijven/organisaties dragen hier zelf zorg voor. De overheid ziet toe op naleving door ondernemers en bedrijven/organisaties.
 - Op locatie worden hygiënemaatregelen gerealiseerd.
- 3) Indien er bij een activiteit sprake is van een doorstroom van bezoekers/gasten (verplaatsing van mensen door de ruimte, zonder langdurige stilstand) en het onderling contact beperkt is, dan geldt er geen maximum aantal personen per ruimte en wordt er ingericht op de 1,5m-maatregel met behulp van door branche opgestelde protocollen, danwel een afwegingskader van het RIVM. Hierbij valt te denken aan winkels, musea, bibliotheken en monumenten.

Voor afzonderlijke branches en sectoren zoals sauna's, wellness, en (binnen)sport, heeft het RIVM afwegingskaders opgesteld die ervoor zorgen dat het ook daadwerkelijk mogelijk is om veilig open te gaan. De aanwijzingen in deze kaders verwerken de branches in hun protocollen.

Basisregels voor activiteiten buiten

Om te beginnen geldt voor het gebruik van de openbare ruimte buiten dat regulering plaatsvindt door het lokaal bestuur via vergunningen, afspraken en meldingen en in overleg met ondernemers/bedrijven en politie. Hierbij wordt rekening gehouden met de wijze van vervoer. In de buitenruimte worden drie categorieën onderscheiden, waarbij de volgende regels en adviezen van kracht zijn:

- 1) Bij activiteiten zonder placering (vaste zitplaats), triage of reservering zijn maximaal 250 bezoekers toegestaan. Hierbij kan aan een buitenconcert, buurtbarbecues, of amateurvoetbal gedacht worden. Het aantal van 250 is exclusief personeel en zolang de bijbehorende «verkeersstromen» inclusief sanitaire voorzieningen op 1,5m kunnen worden georganiseerd. Hierbij geldt tevens:
 - De 1,5m-maatregel wordt op locatie geïmplementeerd met behulp van door branche opgestelde protocollen, danwel afwegingskaders van het RIVM. Ondernemers en bedrijven/organisaties dragen hier zelf zorg voor. De overheid ziet toe op naleving door ondernemers en bedrijven/organisaties. Op de betreffende locatie worden hygiënemaatregelen gerealiseerd;
 - Voor de horeca buiten geldt dat er altijd wordt gewerkt met placering (vaste zitplaats).
- 2) Bij activiteiten met placering (vaste zitplaats), met reservering en met triage, zoals bij een openluchtvoorstelling, grote concerten, festivals,

of sportwedstrijden zoals in De Kuip of Arena, geldt geen maximum aan het aantal toegestane bezoekers op locatie, zolang de bijbehorende «verkeersstromen» inclusief sanitaire voorzieningen op 1,5m georganiseerd kunnen worden. Er gelden dezelfde voorwaarden:

- De 1,5m-maatregel wordt op locatie geïmplementeerd met behulp van door branche opgestelde protocollen, danwel afwegingskaders van het RIVM. Ondernemers en bedrijven/organisaties dragen hier zelf zorg voor. De overheid ziet toe op naleving door ondernemers en bedrijven/organisaties.
 - De overheid handhaaft op naleving door ondernemers en bedrijven.
 - Op de betreffende locatie worden hygiënemaatregelen gerealiseerd;
- 3) Indien er bij een activiteit sprake is van een doorstroom van bezoekers/gasten en het onderling contact beperkt is, zoals op een kermis, op een braderie, in een dierentuin of pretpark dan geldt er geen maximum aantal personen en wordt er ingericht op de 1,5m-maatregel met behulp van door branche opgestelde protocollen, danwel afwegingskaders van het RIVM.

Ik ben me er van bewust dat sommige activiteiten voorbereidingstijd vergen om weer op een veilige manier open te gaan. Evenementen kunnen dus per 1 juli weer plaatsvinden, maar het blijft aan het lokale bestuur om te bepalen of organisatoren hun activiteiten in kunnen richten en of aan andere specifieke voorwaarden kan worden voldaan, zoals de wijze waarop het vervoer wordt geregeld. Deze aanpak kost tijd. Het proces van vergunningaanvragen duurt al snel enkele weken. Het evenementenseizoen start dus niet meteen op 1 juli voluit, maar zal in de praktijk vanaf half augustus op gang komen.

Uitzonderingen

Bovenstaande zijn uitgangspunten waaraan diverse sectoren, organisaties, ondernemers en activiteiten moeten voldoen. Op deze algemene openstelling per 1 juli geldt een aantal uitzonderingen. Het gaat hierbij om sectoren en activiteiten waarbij het bekend of aannemelijk is dat er grote verspreidingsrisico's zijn en/of waarbij de 1,5m maatregel niet handhaafbaar is:

- Discotheken en nachtclubs blijven gesloten. Op 1 september vindt een nieuw wegingsmoment plaats.
- Het in groepsverband geforceerd verheffen van de stem is verboden. Hierbij gaat het om onder meer om hard meezingen bij concerten en optredens, spreekkoren en schreeuwen. Koren en zangensembles kunnen wel weer repeteren en optreden. Het RIVM stelt een advies op met betrekking tot de voorwaarden waaronder dit mogelijk is. Dit afwegingskader is op korte termijn beschikbaar. Het wordt verwerkt in het protocol voor koorzingen en in de aanwijzing aan de veiligheidsregio's.

Daarnaast geldt een aantal uitzonderingen op de 1,5 meter maatregel. Hierbij gaat het om sectoren en activiteiten waarbij triage mogelijk is en/of waarbij het OMT de verspreidingsrisico's voor de betreffende activiteiten zonder naleving van de 1,5-meterrichtlijn beperkt acht.

Specifiek gaat het om:

- 1) Contactactiviteiten, omdat de activiteit anders niet mogelijk is:
 - Bij hulp aan hulpbehoevenden (o.a. personen met een handicap);
 - Bij de uitoefening van contactberoepen (kappers, masseurs, sekswerkers, etc.);
 - Bij contactsport, dans en theater (o.b.v. aanvullende adviezen RIVM).

- 2) Mobiliteit en vervoer, omdat dit een belangrijke randvoorwaarde is voor verdere openstelling van de samenleving. Daarom geldt:
 - In vliegtuigen en tijdens specifieke processen op luchthavens (met niet-medisch mondkapje, reservering en triage en o.b.v. aanvullende adviezen RIVM);
 - In het overig personenvervoer voor zover bestemmingsverkeer, zoals in touringcars, (met niet-medisch mondkapje, reservering, triage en o.b.v. aanvullende adviezen RIVM);
 - Op ingerichte plaatsen in het openbaar vervoer (met niet-medisch mondkapje en o.b.v. aanvullende adviezen RIVM);
 - In het privévervoer met de auto (waarbij wordt geadviseerd een niet-medisch mondkapje te dragen indien geen sprake is van een gezamenlijk huishouden).
- 3) Kinderen en jongeren, omdat zij het virus beperkt verspreiden:
 - Op de kinderopvang, basis- en voortgezet onderwijs;
 - Voor kinderen tot 13 jaar onderling en met volwassenen;
 - Voor jongeren tot 18 jaar onderling.
- 4) Op terrassen buiten bij gebruik van een kuchscherp tussen de tafels, onder specifieke gebruiksvoorwaarden die door het RIVM zijn uitgewerkt;
 - In geval van gezamenlijke huishoudens.

Ventilatie

Conform mijn toezegging tijdens het debat met uw Kamer van 4 juni jl. ga ik hierbij in op de rol van ventilatie bij de verspreiding van het coronavirus (Handelingen II 2019/20, nr. 79, debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus). Het OMT van 15 mei jl. had al geadviseerd over de mogelijke rol van aerogene verspreiding van SARS-CoV-2 bij mens-tot-mens transmissie en de bijdrage van ventilatiesystemen. Aangegeven werd dat op basis van de huidige inzichten aanpassingen van ventilatiesystemen niet nodig zijn en dat de geldende richtlijnen en onderhoudsinstructies kunnen worden gevolgd.

In het advies van 15 mei is aangegeven dat het van belang is goed te ventileren. Dit is nodig voor het verversen van lucht en draagt bij aan een prettig en gezond binnenklimaat.² Zoals aangekondigd in het OMT advies van 22 juni is op 24 juni een notitie gepubliceerd op de website van het RIVM die nader ingaat op wat goede ventilatie inhoudt voor zowel woningen als bedrijven.³

Hierin wordt herhaald dat voor woningen en (bedrijfs)gebouwen, inclusief binnensportlocaties, het vooralsnog niet nodig is af te wijken van huidige ventilatienormen in het Bouwbesluit en de geldende landelijke richtlijnen. Wel is van belang na te gaan of ruimtes die voor bepaalde activiteiten gebruikt worden (zoals met name sportscholen), hiervoor ook oorspronkelijk bedoeld waren en geschikt zijn. Het RIVM volgt de studies die hierop lopen en zal de adviezen aanpassen als hier aanleiding voor is.

Het advies over het gebruik van ventilatoren is actueel nu het Nationaal Hitteplan is afgekondigd. Het RIVM geeft aan dat in instellingen en bedrijven bij voorkeur een goed onderhouden airconditioning gebruikt moet worden. Zij volgen de (wetenschappelijke) ontwikkelingen over aerogene transmissie als mogelijke transmissieroute. Uit voorzorg wordt geadviseerd om enkel ventilatoren te gebruiken in gemeenschappelijke ruimten als er geen andere verkoeling mogelijk is, zoals een goed onderhouden airconditioning. Daarbij moet er opgelet worden dat de luchtstroom van de ventilator niet direct van de ene persoon naar de

² <https://lci.rivm.nl/aerogene-verspreiding-sars-cov-2-en-ventilatiesystemen-onderbouwing>.

³ <https://lci.rivm.nl/ventilatie-en-covid-19>.

andere gaat. Thuis of op de eigen kamer van een bewoner kan een ventilator voor eigen gebruik worden gebruikt.

Bovenstaand beleid geldt ook voor verpleeghuizen.

II. Bijzonderheden per sector

a) Contactberoepen

Tot op heden stond in de routekaart aangegeven dat als laatste contactberoep ook de sekswerkers in september weer hun beroep konden uitoefenen en de seksinrichtingen weer open konden gaan. Het OMT oordeelt dat het risico in deze sector niet geheel kan worden weggenomen, maar acht het risico beperkt.

b) Binnensporten en sportkantines

Voor de sportsector geldt dat verdere versoepelingen mogelijk zijn. Binnensport accommodaties, waaronder sporthallen, sportscholen en dansscholen, mogen vanaf 1 juli weer open. Er mag vanaf die datum weer binnen gesport worden door alle doelgroepen in alle takken van sport. Hiermee beschouw ik de motie ten aanzien van duidelijkheid voor de danssector van het lid Van Haga afgedaan.⁴ Bij het binnensporten dienen ten minste de maatregelen toegepast te worden zoals opgenomen in het afwegingskader waarover u per brief van 28 mei bent geïnformeerd.⁵

Indien er sprake is van een sauna of wellness in een sportschool, dan geldt het afwegingskader voor sauna en wellnesscentra waarover u per brief van 28 mei bent geïnformeerd.⁶ Dit kader is op 18 juni jl. herzien (zie bijlage II)⁷.

Voor alle leeftijdsgroepen geldt dat zij normaal spelcontact mogen hebben. De 1,5 meter afstand tijdens het sporten, dient waar mogelijk in acht genomen te worden, maar als dat een normale sportbeoefening in de weg staat mag 1,5 meter afstand tijdelijk losgelaten worden. Voorafgaand en na afloop van de sportbeoefening dienen sporters van 18 jaar en ouder wél 1,5 meter afstand tot elkaar te houden, waaronder in de kleedkamers en in de kantines die ook per 1 juli weer open mogen.

Voor sportkantines geldt daarbij dat zij aan alle voorwaarden, die ook gelden voor de horeca conform de aanwijzing en noodverordeningen, dienen te voldoen.

Wedstrijden en toernooien zijn vanaf 1 juli weer toegestaan, zowel binnen als buiten. Hierbij kan publiek aanwezig zijn met in achtneming van de bovenstaande basisregels. Dat betekent in groepsverband geen geforceerd verheffen van de stem, zoals spreekkoren en schreeuwen. Daarbij geldt dat toeschouwers 1,5 meter afstand tot elkaar moeten houden en er buiten maximaal 250 toeschouwers bijeen mogen zijn. Binnen geldt een maximum van 100 personen.

Voor de sportbeoefening, de heropening van sportkantines en het gebruik van kleedruimtes gelden aanvullende maatregelen die zijn vastgelegd in het afwegingskader sport van het RIVM. Hieronder vallen onder andere de algemene hygiëneregels, maatregelen rondom het desinfecteren van

⁴ Kamerstuk 25 295, nr. 412.

⁵ Kamerstuk 25 295, nr. 386.

⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 386.

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

sportmaterialen en het goed ventileren van binnenruimtes. Deze maatregelen zijn vertaald in de protocollen per tak van sport en dienen door de sportaanbieder en/of exploitant te worden gevolgd om sporters weer veilig en verantwoord te kunnen ontvangen.

c) Noodopvang in de avond, nacht en het weekend

Vanwege de sluiting van kinderopvang en basisscholen is vanaf 16 maart noodopvang geboden voor (kinderen van) ouders in cruciale beroepen en vitale sectoren. Deze noodopvang was zonder extra kosten voor ouders en werd ook in avonden, weekenden en nachten geboden. Basisscholen en kinderopvang verzorgden de noodopvang, onder regie van gemeenten. Omdat de kinderopvang en basisscholen per 8 juni weer volledig open zijn, is de noodzaak voor noodopvang overdag vervallen en is deze vanaf deze datum afgeschaald. De noodopvang in de avond, nacht en het weekend bleef nog wel beschikbaar voor zorgpersoneel.

De noodopvang in de avond, nacht en het weekend gaat afschalen per 1 juli. Er wordt op dit moment maar zeer beperkt gebruik gemaakt van de beschikbare noodopvang. Bovendien kunnen ouders een beroep doen op de opvang die in avond, nacht en weekend regulier geboden wordt door bijvoorbeeld gastouders.

Tijdig stopzetten van de noodopvang betekent dat personeel uit de kinderopvang niet onnodig wordt ingezet, waardoor de bereidheid en mogelijkheid om ingezet te worden indien het onverhoopt weer nodig is, behouden blijft. Zo zijn er afspraken gemaakt met VNG en brancheorganisaties over het in stand houden van de infrastructuur, zodat snel weer opgeschaald kan worden indien dit nodig blijkt en zal er gezamenlijk worden bekeken welke lessen er geleerd kunnen worden uit de afgelopen periode.

Vanaf het moment van sluiting van basisscholen en kinderopvang is er hard gewerkt door de kinderopvangsector, basisscholen en gemeenten om noodopvang te bieden. Pedagogisch medewerkers, leerkrachten en gemeenteambtenaren hebben zich dagelijks met hart voor de zaak ingezet om ervoor te zorgen dat de noodopvang beschikbaar en van goede kwaliteit was. Daarom wil ik, mede namens de Staatssecretaris van SZW, mijn grote dank uitspreken voor al het verzette werk. Dankzij de inspanningen van deze beroepsgroepen konden mensen in cruciale sectoren en vitale processen hun werk voortzetten en dat is van grote waarde.

d) Primair Onderwijs

Tot nu toe geldt in het primair onderwijs dat tussen leerlingen en leraren zoveel mogelijk de 1,5 meter gehandhaafd moet worden. Dat is niet meer nodig. Vanaf 1 juli kan de 1,5 meter tussen leerlingen en leraren in het primair onderwijs worden losgelaten. Leraren en andere volwassenen in de school moeten onderling nog wel steeds 1,5 meter afstand in acht nemen.

e) Voortgezet Onderwijs

Sinds 2 juni zijn de middelbare scholen weer verder open dan alleen voor examens en noodopvang. Dat is heel mooi, want voor de onderwijskwaliteit en het welzijn van leerlingen is het van belang dat ze ook weer fysiek naar school kunnen. Scholen hebben zich hard ingezet om hun leerlingen fysiek onderwijs te geven, maar lopen binnen de anderhalvemeterschool ook tegen grenzen aan. Leerlingen missen het normale lesritme en het

contact met hun vrienden en vriendinnen, en hebben moeite om zich te motiveren.

Vanaf 1 juli zal – op basis van het advies van het OMT – de anderhalve meter tussen alle leerlingen onderling in het voortgezet onderwijs en in het voortgezet speciaal onderwijs worden losgelaten, ook als ze 18 jaar of ouder zijn. Vóór de zomervakantie mogen scholen die ruimte desgewenst al gebruiken, maar pas na de vakantie gaan de scholen weer volledig open. Daarmee accepteert het kabinet een beperkt risico op verdere verspreiding omdat de negatieve effecten van een langer durende beperkte openstelling zwaarder wegen. Alleen als het virus zich verder verspreidt dan verwacht, kan dat besluit nog herzien worden. Dat betekent dat alle leerlingen weer gewoon naar school kunnen. De afstand tussen onderwijspersoneel en leerlingen blijft wel gehandhaafd, en tussen onderwijspersoneel onderling natuurlijk ook. Daarnaast blijven de hygiënemaatregelen van het RIVM van kracht – zoals het OMT aangeeft, is het extra van belang dat die worden nageleefd. Het gaat daarbij om:

- Een goede melding en monitoring van besmettingen;
- Het strikt toepassen van triage;
- Het strikt toepassen van de overige hygiënemaatregelen;
- Het beperken van het aantal contacten door het gebruik van cohorten, gespreide school- en pauzetijden et cetera.

Het voortgezet onderwijs kan na de zomer weer grotendeels het normale programma draaien. We gaan ervan uit dat alle leerlingen dan weer gewoon naar school gaan. Uiteraard geldt niet voor leerlingen met COVID-19-gerelateerde klachten en wordt voor leerlingen uit risicogroepen of met gezinsleden uit risicogroepen in overleg met de school gekeken wat de beste oplossing is. De ervaringen van de afgelopen weken en maanden met afstandsonderwijs zullen helpen om ook het onderwijs aan die leerlingen te kunnen verzorgen. Daarnaast wordt gekeken hoe de openstelling van het voortgezet onderwijs uit zal pakken met betrekking tot de belasting van het openbaar vervoer en wat nodig is om die te verminderen. De regels voor vervoer blijven van kracht: je gaat op de fiets of lopend, en alleen voor leerlingen die echt afhankelijk zijn van openbaar vervoer wordt door de regionale vervoerders voor maatwerkoplossingen gezorgd. Daar waar dat in de afgelopen periode problemen heeft opgeleverd, zal in aanloop naar

de start van het schooljaar aan een passende oplossing worden gewerkt. In het leerlingenvervoer vervalt de afstandseis tussen leerlingen. Als de afstand tussen leerling en chauffeur niet mogelijk is, wordt een chirurgisch mond-neusmasker gebruikt.

Verdere opening van het voortgezet onderwijs is een grote stap vooruit. We gaan samen met de sector kijken wat er nodig is om dat volgend schooljaar goed te laten verlopen. Dat gaat in elk geval over het openbaar vervoer, maar ook over de manier waarop onderwijs aan leerlingen vorm krijgt die nog niet naar school kunnen omdat ze tot een risicogroep behoren. Vanzelfsprekend is er blijvende aandacht voor besmettingen op scholen. De GGD'en voeren bron- en contactonderzoek uit bij een besmetting van leerlingen en leerkrachten, zodat eventuele nieuwe besmettingen ook bekend worden.

f) mbo, hbo en wo

Met ingang van het nieuwe studiejaar wordt het mbo, hbo en wo verder opengesteld voor onderwijsactiviteiten op de locatie van de mbo-instellingen, hogescholen en universiteiten. Sinds 15 juni was dit al het geval voor praktijkonderwijs, toetsing en begeleiding van kwetsbare

studenten, maar na de zomervakantie mag de instelling aanvullend daarop zelf weer keuzes maken over onderwijsactiviteiten op locatie. Uiteraard met inachtneming van de RIVM richtlijnen waaronder het bewaren van de 1,5 meter afstand tot elkaar. Om studenten op verantwoorde wijze naar de onderwijsinstellingen te kunnen laten komen en met het openbaar vervoer te laten reizen hebben koepelorganisaties, vervoerdersorganisaties, IenW en OCW nieuwe afspraken gemaakt over het OV-gebruik. De gezamenlijke ambitie is zoveel mogelijk mensen veilig te kunnen vervoeren naar de onderwijsinstellingen met het OV. De afspraken vervangen de eerdere afspraken over het tijdsvenster van 11–15 uur. De nieuwe afspraken geven meer ruimte. Er is afgesproken om begin- en eindtijden van onderwijsactiviteiten te spreiden en het onderwijs zo te organiseren dat studenten niet of nauwelijks in de spits hoeven te reizen. Studenten wordt geen toegang tot de spits ontzegd en het studentenreisproduct wordt niet beperkt. Het uitgangspunt is regionale afspraken op basis van een landelijk model, zodat goed rekening kan worden gehouden met specifieke omstandigheden en mogelijkheden⁸.

g) Mobiliteit

De verruiming en versoepeling van het maatregelenpakket hebben gevolgen voor de mobiliteit in Nederland. Zo zien we dat het steeds drukker wordt op de weg en in het Openbaar Vervoer (OV). Met het voorgenomen pakket van versoepelingen die 1 juli a.s. ingaat, zal de vraag naar mobiliteit verder toenemen. De huidige beperkingen op de bezetting in het OV, privé, en personenvervoer hebben grote maatschappelijke impact en zijn niet langer verenigbaar met deze verdere openstelling. Samen met de veiligheidsregio's wordt in beeld gebracht welke gebeurtenissen, waaronder sportwedstrijden, concerten en grote evenementen, een piek in vervoer kunnen opleveren en wat daarvoor extra nodig is om dit in goede banen te leiden.

Het OMT stelt in haar advies dat bij vervoer het risico op overdracht kan worden voorkomen door middel van reservering, placering, triage en het dragen van mondkapjes. Het OMT is daarom van mening dat vormen van privé, en personenvervoer in de huidige situatie mogelijk zijn, ook als de anderhalve meter afstand niet strikt gehanteerd wordt. De opschaling van het OV per 1 juni is succesvol verlopen en de afspraken worden goed nageleefd. Dit heeft het kabinet doen besluiten om per 1 juli a.s. een verdere opschaling van de bezetting in het OV, privé en personenvervoer mogelijk te maken. Voor het vervoer gelden de basisregels die het OMT voor de lange termijn noodzakelijk acht: blijf thuis bij klachten en laat u testen, pas hygiëne toe en werk zo veel mogelijk thuis.

Concreet houdt de opschaling in dat:

- In principe alle zitplaatsen en aangewezen staanplaatsen in bus, trein, tram, metro en waddenveren vanaf 1 juli weer beschikbaar zijn om ervoor te zorgen dat er meer mensen met het OV kunnen reizen⁹. Op grond van het OMT advies is geconcludeerd dat het gebruik van aangewezen staanplaatsen toegestaan kan worden. Staan in gangpaden of op volle balkons is, op grond van het OMT advies, niet toegestaan. Het dragen van een (niet-medisch) mondkapje blijft verplicht. Het is belangrijk drukte te voorkomen en reisbewegingen zoveel mogelijk over de dag en door de week te spreiden. De oproep aan de reiziger is daarom: mijd drukte en reis zoveel mogelijk buiten

⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/05/01/servicedocumenten-hoger-onderwijs-ho-aanpak-coronavirus-covid-19>.

⁹ Dit regime geldt ook voor watertaxi's/busjes en pontjes, indien de 1,5 meter afstand niet mogelijk is.

de spits. Ook blijft het kabinet inzetten op afspraken met werkgevers, scholen en universiteiten en de toeristische sector over werk-, les- en openingstijden.

- In je eigen auto kun je reizen met meerdere mensen tegelijk, ook als het mensen van buiten het eigen huishouden zijn. Het OMT acht het niet proportioneel hier de anderhalve meter afstand te bewaren. De risico's zijn volgens het OMT beheersbaar omdat het hier om een beperkt aantal contacten gaat dat traceerbaar is en waarbij vooraf triage mogelijk is. Het dragen van een niet-medisch mondkapje wordt sterk geadviseerd, als het gaat om mensen van buiten het eigen huishouden.
- In het personenvervoer, waaronder touringcars, personenbusjes en taxi's, kan de normale bezetting van zitplaatsen en aangewezen staanplaatsen worden gehanteerd. Voor het personenvervoer blijft het houden van zoveel mogelijk afstand wenselijk. Om de risico's op overdracht te voorkomen is triage en het dragen van een niet-medisch mondkapje verplicht. Waar mogelijk wordt gewerkt met een reserverings- en placeringsstelsel. Het OMT adviseert reizen voor een lange duur of afstand zoveel mogelijk te beperken.
- Op stations, perrons, bij de haltes, in wachtruimtes etc. blijft anderhalve meter afstand houden de norm. In sommige vormen van vervoer kan het in- en uitgaand vervoer gescheiden worden. De vervoerders dienen hiervoor maatregelen te treffen waar nodig en ook de reizigers hebben hierin een verantwoordelijkheid.
- Een vervoersmiddel dat tegelijkertijd een attractie, horecagelegenheid en/of verblijfbestemming is, zoals een cruiseschip, valt niet onder deze opschaling. Hier blijft de 1,5 meter afstand gelden, zoals die ook voor de horeca en evenementen geldt, tenzij je uit hetzelfde huishouden komt. Vanaf 1 juli gelden er wel ruimere mogelijkheden voor groepsgrootten.

III Controlefase

Met bovenstaande maatregelen is onze eerdere routekaart voor het allergrootste deel ingevuld. Twee maanden voordat we oorspronkelijk dachten dat te kunnen doen. Hiermee start vanaf 1 juli ook de *controlefase* van onze aanpak.

Vanaf het begin van de uitbraak is de strategie van het kabinet gericht op het maximaal controleren van het virus. Daarbij staat centraal: (1) Het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en (2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Dit vereist zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus.

In de *uitbraakfase* was een intelligente lockdown nodig om weer in control te komen. Vanuit de *overgangsfase* hebben we toegewerkt naar de *controlefase* waarin we beschikken over instrumentarium waarmee onze signaleringsfunctie wordt versterkt om zo snel mogelijk nieuwe ervaringen van het virus in beeld te krijgen. Op basis hiervan is het mogelijk op landelijk, regionaal en lokaal niveau maatregelen te treffen, indien het virus oploopt. Het wenkend perspectief is de *vaccinatiefase*, waarin er een vaccin beschikbaar is. Verderop in deze brief ga ik hier nog nader op in.

2. Dashboard

Stand van zaken

Het virus is nog steeds onder ons, en daarom is het zaak nauwgezet te volgen of, en hoe het virus zich nationaal en regionaal verspreidt. Het dashboard is een belangrijk instrument om maximaal zicht op en inzicht te

houden in de verspreiding van het coronavirus. Op 5 juni jl. heb ik een proefversie van het coronadashboard gepubliceerd. Het is de bedoeling dat het dashboard ons de komende periode een steeds scherper en completer beeld geeft van de verspreiding van het virus. Daarvoor is het ook essentieel dat ook de signaleringsprocessen goed georganiseerd zijn zodat snel opgeschaald kan worden waar nodig. Het proces van vroegsignalering wordt verder toegelicht in bijlage III¹⁰.

De proefversie van het dashboard geeft cijfers weer over het aantal intensive care opnames, het aantal ziekenhuisopnames, het aantal positief geteste mensen, het aantal besmettelijk mensen en het reproductiegetal. Het dashboard wordt dagelijks uiterlijk om 17.00 uur geüpdatet. Het dashboard bevat ook specifieke indicatoren om de ontwikkelingen in de verpleeghuiszorg te kunnen volgen. Enkele van de voornaamste indicatoren zijn uitgesplitst naar Veiligheidsregio's. Het geeft bijvoorbeeld weer hoeveel mensen een positieve testuitslag hebben gehad in de afgelopen 24 uur of hoeveel ziekenhuisopnames er in die specifieke regio zijn geweest.

De indicator «Intensive care-opnames per dag» is gewijzigd. Deze werd eerst samengesteld op basis van cijfers over COVID-bevestigde én -verdachte gevallen. De meeste mensen die als verdacht werden aangemerkt (0–5 gevallen per dag) blijken echter geen COVID-19 te hebben. Dat betekent dat het daadwerkelijke aantal IC-opnames lager ligt dan deze indicator aangaf. Daarom zullen vanaf nu alleen bevestigde gevallen in het dashboard worden weergegeven.

Ik verwacht vóór 3 juli de eerste operationele versie van het dashboard gereed te hebben. Hierin zijn dan, aanvullend op de proefversie, de volgende uitbreidingen opgenomen:

- Het totaal aantal besmette verpleeghuislocaties op landelijk niveau;
- Het totaal aantal positief geteste mensen per Veiligheidsregio;
- Een signaalwaarde voor het aantal positief geteste personen (landelijk en regionaal);
- De trend in het aantal positief geteste personen;
- Verbeterde toelichting op de verschillende indicatoren.
- Opname van de eerste resultaten van de rioolwatersurveillance (zie onder).

In de periode na 3 juli voeg ik stap voor stap de andere ondersteunende indicatoren en de indicatoren voor vroegtijdige waarschuwing toe. Daarnaast onderzoek ik of bijvoorbeeld ook geaggregeerde gegevens vanuit de bron- en contactonderzoeken opgenomen kunnen worden, bijvoorbeeld het gemiddeld aantal opgespoorde positieve contacten.

Rioolwatersurveillance

In de afgelopen maanden heeft het RIVM op mijn verzoek een pilotstudie uitgevoerd naar het detecteren van het coronavirus in het afvalwater van 29 rioolwaterzuiveringsinstallaties (rwzi's). Eerder is dit type onderzoek ook al uitgevoerd om antibioticaresistentie en poliovirus in afvalwater op te sporen.

Uit de pilotstudie is gebleken dat het coronavirus al detecteerbaar is in feces voordat mensen symptomen ervaren. Dat betekent dat virussen afkomstig van mensen die niet ziek zijn (asymptomaten), mensen die nog niet ziek zijn (presymptomaten), alsook COVID-19 patiënten (symptomaten) in het rioolwater kunnen worden waargenomen. Rioolwater kan

¹⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

daarmee een belangrijke vroegsignaleringsindicator zijn voor het dashboard. Rioolwatersurveillance kan een belangrijke aanvulling zijn op de reguliere humane surveillance (zoals het testen en het bron- en contactonderzoek), omdat het coronavirus zich tijdens de eerste golf deels onder de medische radar verspreidde.

Ik heb het RIVM gevraagd om in samenwerking met de waterschappen, hoogheemraadschappen en de rwzi's trapsgewijs een programma op te zetten zodat het afvalwater van alle 352 rwzi's in Nederland dagelijks bemonsterd wordt. Doel is volledige operationalisering van dit programma vóór 1 september 2020. Per 1 juli zullen de eerste gegevens uit de pilot al op het dashboard weergegeven worden op het niveau van veiligheidsregio's. Uiterlijk 1 september is er sprake van een fijnmazige landelijke bemonstering, bijvoorbeeld op het niveau van een verzorgingsgebied van een rwzi (gemeente- of wijkniveau). Juist in regio's met weinig besmettingen, dus relatief weinig testen, kan het virus hiermee mogelijk sneller gesignaleerd worden.

Signalen afkomstig uit de rioolwatersurveillance zullen aanleiding geven voor het RIVM om – aan de hand van humane surveillance – nader onderzoek te doen in een specifieke regio. Zo kunnen deze gegevens samen mogelijk een veel beter beeld geven van de verspreiding van het virus op lokaal of regionaal niveau. Zodat we veel sneller nieuwe oplevingen kunnen indammen. Het RIVM zal daarnaast onderzoeken of en hoe de data uit de rioolwatersurveillance ook ingezet kunnen worden om nog beter inzichtelijk te maken hoe het virus zich verspreidt tussen regio's en of en in welke mate er nieuwe introducties plaatsvinden vanuit het buitenland.

Voor zover bekend loopt Nederland internationaal voorop in dit type nationale onderzoek om coronavirus op te sporen. Later dit jaar bekijk ik in samenwerking met het RIVM of en hoe deze systematiek van rioolwatersurveillance op langere termijn ook ingezet kan worden voor de surveillance van andere ziekteverwekkers dan het coronavirus. Ik streef er naar uw Kamer zo snel mogelijk nader te informeren over dit onderzoeksprogramma.

3. Toerisme/Schengen inreisverbod loopt af

Het kabinet spant zich in om ruimte te bieden voor vakantie deze zomer, ook al zijn er nog veel onzekerheden. Met het oog op drukte in binnen- en buitenland, is hierbij de oproep gedaan aan iedereen die hiertoe de mogelijkheid heeft om de eigen vakantie zo veel mogelijk buiten de gereguleerde schoolvakanties te plannen.

Nederlanders zoeken de natuur in eigen land op

Sinds het kabinet heeft aangegeven dat een vakantie in eigen land mogelijk is, is er vooral een toename te zien in het aantal vakantieboekingen rondom de natuur en watergebieden in het oosten van het land en de provincies Zeeland, Friesland en Limburg. Het aantal bezoekers van toeristische trekpleisters is tot dusver beperkt te noemen. Er lijkt hiermee gehoor gegeven te worden aan de oproep van het kabinet om de drukte deze zomer zo veel mogelijk te mijden. Om het toerisme te spreiden en zo de risico's van covid-19 te beperken ondersteunt het kabinet de campagne *#hiermoetjehzijn* van NBTC om Nederlanders die deze zomer in eigen land op vakantie gaan te wijzen op rustige plekken die zij kunnen bezoeken. Deze informatie is te vinden op de website www.holland.com. Via de kanalen van de gastvrijheid- en vervoerssector zal er blijvend gewezen worden op het naleven van de gedragsregels. Er is nauw contact met de

veiligheidsregio's om ook de ontwikkelingen rondom het toerisme te volgen deze zomer.

Voor 22 landen binnen de Schengenzone/EU is het reisadvies nu geel

Als de situatie in de landen binnen de Schengenzone/EU/VK dat toelaat, zal het kabinet het reisadvies wijzigen van oranje (alleen noodzakelijke reizen) naar geel (toerisme mogelijk, maar er zijn risico's). Voor 22 landen geldt nu een geel reisadvies waaronder het advies voor de populaire vakantie landen Duitsland, Frankrijk, Italië en Spanje. Voor een tiental landen geldt nog steeds een oranje reisadvies in afwachting van het moment waarop deze landen zelf de grens weer openen voor Nederlandse toeristen. Alleen voor het VK en Zweden blijft het reisadvies voorlopig op oranje staan, vanwege de gezondheidsrisico's die volgens het RIVM spelen in deze landen. Voor reizigers die toch naar deze landen afreizen geldt dat zij bij terugkomst in Nederland worden gevraagd om twee weken in thuisquarantaine te gaan. Ook voor alle landen buiten de Schengenzone/EU/VK blijft vooralsnog een oranje reisadvies gelden. Via verschillende media heeft het kabinet een aangepaste *wijs-op-reis-campagne* gelanceerd waarin de burger wordt gewezen op de risico's van het reizen in coronatijd en de eigen verantwoordelijkheid om informatie in te winnen over de gezondheidsmaatregelen in het vakantieland.

Buitenlandse toeristen naar Nederland

Voor de toeristen vanuit de meeste landen binnen Schengenzone/EU/VK geldt dat zij weer welkom zijn in Nederland. De uitzondering hierop vormen toeristen uit Zweden en het VK, omdat er in deze landen volgens het RIVM sprake is van verhoogde gezondheidsrisico's. De verwachting is dat het aantal buitenlandse toeristen die dit jaar naar Nederland komen circa de helft minder zal bedragen dan in voorgaande jaren. Het is van belang dat alle toeristen op de hoogte zijn van de Nederlandse regels gericht op het bestrijden van het virus, en zich hier ook aan houden. Deze informatie zal in vijf talen beschikbaar komen en actief onder de aandacht gebracht worden van buitenlandse toeristen via berichtgeving op luchthavens, stations en de voorlichtingskanalen van de gastvrijheidssector en zusterorganisaties in het buitenland. Daarbij wordt ook gekeken hoe de informatie direct beschikbaar kan worden gesteld aan buitenlandse toeristen bij het inchecken. Net als alle Nederlanders kunnen buitenlandse toeristen in Nederland bellen met 0800-1202 indien zij klachten hebben en een test willen aanvragen. Toeristen vanuit landen buiten de Schengenzone/EU/VK blijven vooralsnog niet welkom. In navolging van het advies van de Europese Commissie heeft Nederland het inreisverbod voor niet-essentiële reizen van personen vanuit alle derde landen (landen die niet vallen binnen Schengenzone/EU/VK) in ieder geval verlengd tot 1 juli 2020. Over het proces en de vorm van het inreisverbod na 1 juli vindt op dit moment in Europees verband overleg plaats. Hierover wordt uw Kamer nader geïnformeerd.

Monitoring van drukte op hotspots en crowd control

Door de verspoeling van maatregelen en de verdere openstelling van de grenzen zal de drukte op een aantal toeristische hotspots in Nederland gaan toenemen. De drukte in de openbare ruimte wordt gemonitord met lokale en regionale partijen en er worden gezamenlijk maatregelen getroffen waar dat nodig is. Gemeenten gebruiken (mobiele) aanpassingen in de ruimtelijke inrichting en specifieke voorlichting om bezoekersstromen hanteerbaar te maken. Lokaal kunnen gebieden worden afgesloten als ze te vol worden. Aan toezicht en handhaving wordt op lokaal niveau invulling gegeven. Gezamenlijk wordt gekeken naar

maatregelen die nodig zijn om te voorkomen dat het te druk gaat worden of om drukte die is voorzien af te remmen. De inzet is erop gericht om kennis en kunde op het gebied van *crowd management* breed beschikbaar te stellen, bijvoorbeeld via digitale kennisplatforms en de (door)ontwikkeling van *crowd management* systemen.

4. Gedragsunit 1,5 meter

Het RIVM volgt via de gedragsunit, samen met GGD-GHOR NL, de bereidheid onder de bevolking voor het opvolgen van de gedragsregels die sinds maart gelden. Resultaten van de meting van eind mei jl. laten zien dat het draagvlak voor de gedragsregels, waaronder het houden van 1,5 meter afstand, relatief hoog is (variërend van tussen de 80% tot 90%). Desondanks geven mensen aan dat het steeds lastiger wordt om afstand te blijven houden, vooral bij het boodschappen doen, bij het werken buitenshuis, of bij het ontvangen van bezoek binnenshuis. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat mensen de kans steeds kleiner achten om zelf besmet te raken of anderen te besmetten, het virus als minder bedreigend wordt ervaren, en minder goed de nut van de maatregel kunnen inschatten.

Verder laat het onderzoek zien dat met name jongeren en ouderen veel last hebben ondervonden van de maatregelen die zijn ingezet om de uitbraak te bestrijden en controleren. Zo blijkt dat een derde van de jongeren tussen de 16 en 24 jaar aan het begin van de uitbraak meer psychische klachten heeft ervaren. Met de recente versoepelingen lijken deze klachten weer af te nemen. Uit het onderzoek blijkt ook dat ouderen boven de 70 jaar minder positief zijn over hun welbevinden, met name op het gebied van het sociale welzijn, de financiële zekerheid en – in mindere mate – het psychische welzijn. Desalniettemin blijven zowel jongeren als ouderen in sterke mate het beleid ondersteunen, en houden zij zich in de meeste situaties aan de gedragsregels. Waar jongeren dit doen uit solidariteit met anderen, doen ouderen dit vooral omdat zij het virus als bedreigend ervaren, en het eigen risico op besmetting hoog inschatten.

Ik zie in de resultaten van het onderzoek ook terug dat er een spanning ontstaat in de mate waarin de samenleving – specifiek jongeren en ouderen – bereid is om zich te houden aan de gedragsregels. Zo hebben jongeren moeite met de regels die ten koste gaan van het eigen sociale leven. Ouderen lijken vooral moeite te hebben met de gedragsregels die bijdragen aan een sociaal isolement.

Om het belang van de gedragsregels te blijven onderstrepen, zal ik – zoals gemeld in de Kamerbrief van 3 juni jl. – voorbereidingen treffen om met publiekscommunicatie de samenleving op een laagdrempelige manier blijven informeren over hoe om te gaan met de gedragsregels. Daarnaast bekijk ik hoe overheidswebsites zoals de website van de rijksoverheid en het RIVM nog beter hiervoor ingezet kunnen worden. Tevens denk ik samen met de wetenschappers van de gedragsunit van het RIVM na over andere mogelijkheden die mensen kunnen helpen met het naleven van de gedragsregels kunnen, met daarbij specifieke aandacht voor jongeren en ouderen.

5. Testen en traceren en digitale ondersteuning

Testen en traceren is een essentiële pijler in de strategie om het virus onder controle te houden: we willen elke opflakking zo vroeg mogelijk detecteren en de keten van besmettingen uitdoven. Daarom werk ik samen met GGD'en, laboratoria en het RIVM hard aan het verder opschalen van de capaciteit voor testen en bron- en contactonderzoek

(BCO) en het vergroten van de effectiviteit en doorloopsnelheid van de processen. Vanwege het grote belang voor de volksgezondheid gaat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de komende maanden intensief toezien op de uitvoering van het testen en het BCO door de GGD'en en andere relevante partijen in het zorglandschap. Zo staan wij klaar om in het najaar een mogelijke tweede golf te voorkomen en effectief te bestrijden.

Stand van zaken testen

Op dit moment hebben de GGD'en door het hele land meer dan 80 testlocaties ingericht. De gemiddelde wachttijd aan de telefoon voor het maken van een afspraak voor een test varieert gedurende de dag, en is gemiddeld korter dan een minuut. Sinds 1 juni zijn via de GGD'en 179.259 (stand van zaken d.d. 22 juni jl.) mensen getest. Het percentage positieve uitslagen is laag, de afgelopen weken was dit gemiddeld 1,4%. Uit onderzoek van de RIVM gedragsunit van eind mei blijkt onder andere dat er ruimte is voor verbetering in de testbereidheid van mensen (tweederde van de mensen zonder en 28% van de personen met klachten is bereid om zich te laten testen) en het thuisblijven bij klachten (23% van de mensen blijft thuis). Ook het OMT constateert dat de testbereidheid aandacht verdient. Hier zal in de communicatiecampagne dan ook volop aandacht voor zijn. Begin juli verschijnen nieuwe cijfers over van de RIVM Gedragsunit over de testbereidheid in juni.

Het RIVM heeft na afstemming met het OMT geadviseerd om kinderen van 0 tot 4 jaar op het kinderdagverblijf en kinderen in groep 1 en 2 met neusverkoudheid zonder koorts niet meer te weren op kinderdagverblijf, BSO en school. Dit advies en verdere toelichting hierbij is verwerkt in de richtlijnen van het RIVM¹¹.

Doorlooptijden

Uw Kamer heeft een motie van het lid Veldman (VVD)¹² aangenomen die verzoekt de doorlooptijden in het proces van testen en de start van het bron- en contactonderzoek (BCO) te versnellen, en hiervoor te komen tot een streefnorm van maximaal 48 uur. In overleg met de drie betrokken partijen (GGD GHOR Nederland, RIVM en de laboratoria) werk ik aan de uitwerking van deze motie.

In eerste gesprekken is duidelijk geworden dat de GGD'en en de laboratoria streven naar een zo kort mogelijke doorlooptijd, met behoud van kwaliteit en zorgvuldigheid in het proces. Momenteel wordt hard gewerkt aan het optimaliseren van de keten, met daarin verschillende stappen: koppelingen van IT-systemen, frequent transport, terugkoppeling uitslagen. De logistieke uitdaging is groot: er zijn 25 GGD'en en 80 testlocaties betrokken, en ongeveer 50 laboratoria werken mee aan het analyseren van de coronatesten. Vanzelfsprekend houd ik uw Kamer op de hoogte van dit proces en geef hiermee invulling aan de motie van het lid Veldman.

Testen van mensen zonder klachten

In specifieke gevallen kan het testen van mensen zonder klachten van meerwaarde zijn. Het OMT geeft aan dat dit het geval is bij uitbraken, zoals we recent hebben gezien in slachthuizen. De GGD kan in dergelijke gevallen besluiten tot het testen van mensen zonder klachten. Het past

¹¹ Zie via <https://lci.rivm.nl/langdurig-neusverkouden-kinderen>.

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 393.

goed bij een risicogerichte en risico gestuurde aanpak van testen in zo'n situatie. Ook kan het testen zonder klachten nuttig zijn bij mensen die in beeld zijn gekomen via bron- en contactonderzoek. Dit zou mogelijk ook kunnen gelden voor nauwe contacten van een besmet persoon die via een app geïdentificeerd wordt en dit wordt meegenomen in het traject voor ontwikkeling van apps. Het OMT adviseert deze toepassing verder te onderzoeken.

Het testen van mensen zonder klachten kan helpen bij het in beeld brengen van de omvang van de verspreiding en levert daarmee belangrijke sturingsinformatie voor het voorkomen van een tweede golf. Ook zou dit bij een negatieve uitslag de quarantaineduur voor mensen kunnen verkorten. Ik vind deze inzet van testen zeer interessant en het RIVM en de GGD gaan deze mogelijkheid verder onderzoeken.

Serologische testen

De aanwezigheid van antistoffen, de zogenaamde seroprevalentie, ligt in Nederland op hetzelfde (lage) niveau als wordt waargenomen in andere landen in de EU¹³. Op dit moment benutten we de mogelijkheden die serologische testen bieden optimaal. Op basis van adviezen van de Taskforce Serologie worden serologische testen ingezet voor de doelen omschreven in de Kamerbrief van 6 mei jl. Ik blijf de wetenschappelijke ontwikkelingen en daarmee ook de mogelijkheden van serologisch testen nauwgezet volgen en zal het RIVM vragen mij te blijven adviseren over het perspectief van de inzet van deze testen bij voortschrijdende wetenschappelijke inzichten.

De Nederlandse aanpak -ondersteund door de Taskforce Serologie- om resultaten van evaluaties van serologische testen van microbiologische laboratoria publiek beschikbaar¹⁴ te maken krijgt internationaal bijval. Deze aanpak leidt tot implementatie van betrouwbare serologie in de Nederlandse laboratoria. Mede gebaseerd op de in Nederland verzamelde resultaten heeft ook de WHO een grote hoeveelheid testen ingeslagen om seroprevalentieonderzoek te ondersteunen in andere landen. De resultaten van de evaluaties zijn en worden regelmatig verversd indien er nieuwe gegevens zijn.

Het therapeutische potentieel van toediening van antistoffen aan mensen die nog ziek zijn door COVID-19 wordt (inter)nationaal onderzocht. Op 14 juni jl. was het wereldbloeddonordag. Ik heb dat moment aangegrepen om alle bloed- en plasmadonoren, ook specifiek de mensen die gedoneerd hebben nadat ze COVID-19 hebben gehad om antistoffen te verzamelen, te bedanken en het belang van donatie te onderstrepen. GGD'en spelen een belangrijke rol in de communicatie van deze inzameling verricht door Sanquin. Het lid Krol (groep-Krol/Van Kooten) heeft tijdens het debat van 4 juli jl. het belang van dit onderzoek nogmaals onderstreept en daarom heb ik deze partijen extra gestimuleerd tot continuering van de door beide partijen bevonden prettige samenwerking voor dit belangrijke doel. Hiermee acht ik mijn toezegging aan het lid Krol afgedaan.

¹³ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-COVID19-update10-2020-06-11.pdf>.

¹⁴ <https://www.nvmm.nl/vereniging/nieuws/taskforce-serologie-validatierapporten-16-juni-2020/>.

Stand van zaken traceren

De GGD'en hebben de afgelopen weken enorm hard gewerkt om – in navolging van grootschalig testen per 1 juni – de beschikbare capaciteit voor het BCO op te schalen en nieuwe mensen op te leiden. Uit de cijfers van de GGD'en blijkt dat er in 99% van de positieve testuitslagen binnen 24 uur na de melding bij de GGD contact is gezocht met de besmette persoon, ook wel indexpatiënt genoemd. In een klein aantal gevallen komt het voor dat de indexpatiënt niet direct bereikbaar is. De GGD'en ronden in 92% van de gevallen de contactinventarisatie binnen diezelfde 24 uur af. Dat betekent dat de GGD'en in veruit de meeste gevallen binnen een dag na het ontvangen van de positieve testuitslag alle contacten van de indexpatiënt in kaart hebben gebracht.

Gemiddeld worden met een BCO 2,7 contacten per indexpatiënt geïdentificeerd in de categorie «huisgenoten» en de categorie «overige nauwe contacten». Ongeveer 10% van alle contacten, die via een BCO bij de GGD'en in beeld zijn en die zich hebben laten testen vanwege het ontwikkelen van klachten, ontving in de periode tot 14 juni een positieve testuitslag. Van alle mensen die een positieve testuitslag ontvingen is ongeveer 16% in beeld gekomen via het BCO. Ik concludeer uit deze cijfers van het RIVM en de GGD'en dat BCO een belangrijke bijdrage levert aan de bestrijding van de pandemie.

De komende weken wordt eraan gewerkt om het BCO verder te optimaliseren. Zo werken de GGD'en aan de landelijke opschaling om ook in de toekomst de vraag naar BCO aan te kunnen. Ook werken RIVM en GGD aan verbetering van de registratiesystemen zodat op landelijk niveau een goed en betrouwbaar inzicht te geven is in de verspreiding en indamming van het virus.

Stand van zaken digitale ondersteuning

Zoals in eerdere brieven gemeld onderneem ik, onder meer ter aanvulling en ter ondersteuning van het BCO, ook initiatieven gericht op digitale ondersteuning van de epidemie. Op 28 mei jl. heeft de Begeleidingscommissie zich gebogen over het Programma van Eisen van de notificatie-app en over de aanpak van de realisatie (zie bijlage IV)¹⁵. De Begeleidingscommissie adviseert om het doel van de notificatie-app nader te specificeren en om succes- en faalcriteria op te stellen. Het doel staat voor mij voorop. Dat is om die contacten die besmette personen zich niet herinneren snel te laten weten dat ze in contact zijn geweest met iemand die besmet is met het virus. Dat vult het reguliere bron- en contactonderzoek aan en leidt tot meer, en sneller, gewaarschuwde contacten. Elke gevonden extra besmetting is winst, omdat daarmee een mogelijke verspreidingsketen wordt verbroken. Ook bij een lage adoptiegraad is al effect te verwachten¹⁶. Andere landen gaan ons voor. Zo is in zowel Italië als in Duitsland al een app beschikbaar¹⁷. In Duitsland werd de app de eerste dag zo'n 7 miljoen keer geïnstalleerd. Het advies van de Begeleidingscommissie wordt meegenomen in de aanscherping van het Programma van Eisen.

¹⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

¹⁶ «Our simulations suggest a reduction in the number of coronavirus cases and deaths even with low numbers. We estimate that we prevent approximately one infection for every one or two users of the app.» (<https://www.research.ox.ac.uk/Article/2020-04-16-digital-contact-tracing-can-slow-or-even-stop-coronavirus-transmission-and-ease-us-out-of-lockdown>).

¹⁷ <https://www.coronawarn.app/en/> en <https://www.immuni.it/italia.it/>.

De Begeleidingscommissie adviseert verder dat, voor het naleven van de adviezen, testen na notificatie toegevoegde waarde kan hebben. De Begeleidingscommissie verwacht dat mensen eerder geneigd zijn adviezen op te volgen als zij snel weten of zij besmet zijn. Zo hoeven bijvoorbeeld zelfstandigen bij een negatieve testuitslag niet in zelfisolatie en kunnen zij mogelijk inkomensverlies voorkomen. In plaats van zelfisolatie of -quarantaine zou, zo is het advies van de Begeleidingscommissie, bij een notificatie door de app, tot twee keer toe indicatief getest kunnen worden, ongeacht of mensen klachten hebben. Testen zou hierdoor op maat kunnen worden ingezet. Ik heb deze suggestie aan het OMT voorgelegd ter advies. Op pagina 16 van deze brief ben ik hier nader op ingegaan.

De ontwikkeling van de Nederlandse app is reeds vergevorderd. Op 8 juni jl. is in samenwerking met het Ministerie van Defensie een veldtest uitgevoerd om de technische werking van bluetooth bij het vaststellen van nabijheid te valideren. Op het terrein van het Defensie-CBRN in Vught zijn in een gecontroleerde omgeving door medewerkers van Defensie zeven representatieve praktijkscenario's gesimuleerd. Zoals bekend is bluetooth op zichzelf onvoldoende nauwkeurig om de afstand te kunnen meten. Dat blijkt ook uit de tests. Voor de notificatie-app is het echter voldoende om een indicatie te hebben van hoe nabij twee telefoons zijn geweest. Door data hierover te combineren met de tijdsduur van de nabijheid kan met aanzienlijke betrouwbaarheid worden gemeten of twee gebruikers van de app in een situatie zijn geweest met risico op besmetting. Situaties met mensen die nabij elkaar maar fysiek gescheiden waren, bijvoorbeeld aan de andere kant van een muur of in een naastgelegen auto of trein, konden met deze methode in de meeste gevallen correct uitgesloten worden. De conclusie is dat bij een sterk signaal nabijheid zeker is. Bij een zwakker signaal kan dit zowel komen door de feitelijke afstand als door bijvoorbeeld de positie van de telefoon. De resultaten van de veldtest worden de komende periode vergeleken met die van de Europese partners en beoordeeld door de Begeleidingscommissie en de taskforces. Op basis daarvan wordt een besluit genomen over de meest effectieve instelling van de parameters in de app.

In aanvulling op de veldtesten start er op 1 juli a.s. een praktijktest in de regio Twente als onderdeel van de beproeving. De dan beschikbare versie van de app wordt getest met een representatieve groep mensen uit die regio. Naast deze praktijktesten vinden er testen plaats met specifieke doelgroepen op specifieke thema's (als toegankelijkheid, privacy en beveiliging) en met de GGD-en om (de impact van) het gebruik van de app een goede plek te geven in aanvulling op het reguliere contactonderzoek.

Nederland heeft de afgelopen weken op Europees niveau in de technische werkgroep van het eHealth Netwerk intensief samengewerkt met landen die een notificatie-app ontwikkelen of hebben ontwikkeld volgens de decentrale methode. Het doel is om met een technische oplossing te komen die grensoverschrijdende interoperabiliteit van de nationale apps mogelijk maakt. Mensen die in een vakantieland in contact zijn geweest met een besmet persoon zouden zo ook terug in Nederland een bericht kunnen krijgen. De Europese Commissie richt hiertoe ook een voorziening in. De verwachting is dat een eerste groep landen waaronder Duitsland, Nederland, Italië, Ierland en Polen begin juli deze interoperabiliteitsoplossing kunnen gaan testen.

Mijn planning is erop gericht om rond 15 juli te besluiten of en hoe de landelijke introductie van de app en het moment. Bij het nemen van deze beslissing zal ik onder meer de volgende aspecten in ogenschouw nemen:

- De uitkomsten van de technische testen, de praktijktesten en testen met specifieke doelgroepen op toegankelijkheid;
- Het advies van de Autoriteit Persoonsgegevens ten aanzien van de gegevensbescherming;
- De uitkomsten van de testen op de veiligheid van de apps (pen-testen) en het advies van een expertorganisatie op de beveiliging, en de uitkomsten van de analyse van nationale veiligheidsrisico's;
- Adviezen van de beide Taskforces en van de Begeleidingscommissie.

De introductie van de app zal gepaard gaan met onderzoek naar onder meer de (in simulatiemodellen voorspelde) epidemiologische waarde van de app. Digitale ondersteuning is namelijk geen doel op zich, maar een middel om samen de epidemie in te dammen.

De GGD, tot slot, verwacht binnenkort een Programma van Eisen voor de digitale ondersteuning van het reguliere bron- en contactonderzoek (de eerdergenoemde Thuisrapportage-app) gereed te hebben voor review. Als dit Programma van Eisen gereed is zal het worden voorgelegd aan de taskforces en de Begeleidingscommissie. Daarna zal worden besloten of en hoe het zal worden uitgevoerd.

6. Vaccinontwikkeling

Toegankelijkheid en betaalbaarheid van een dergelijk vaccin zijn niet alleen voor Nederland en de gehele EU van belang, maar ook wereldwijd en zeker voor kwetsbare landen. De maatschappelijke urgentie is groot, dat wordt in heel Europa onder alle lidstaten gevoeld. In deze fase is snelle actie en besluitvorming van groot belang. Juist daarom heeft Nederland er voor gekozen om met Duitsland, Frankrijk en Italië een stevige stap naar voren te zetten en de Inclusieve Vaccin Alliantie opgericht. De afgelopen weken zijn er forse stappen gezet om zo snel mogelijk een veilig en effectief vaccin tegen COVID-19 beschikbaar te maken voor de Europese bevolking en daarbuiten. In mijn brief van 13 juni jl.¹⁸ heb ik uw Kamer laten weten dat we, dankzij deze intensieve samenwerking met Duitsland, Frankrijk en Italië, een voortvarende start hebben kunnen maken door een overeenkomst te sluiten met AstraZeneca voor de levering van 300 tot 400 miljoen vaccins. Het gaat om een kandidaat-vaccin dat zich op dit moment in vergevorderde klinische studies bevindt. Alle EU-lidstaten hebben de mogelijkheid om onder dezelfde voorwaarden mee te doen met de afspraken die de vier landen met AstraZeneca hebben gemaakt. De 300 tot 400 miljoen doses worden naar rato van bevolkingsgrootte verdeeld over de deelnemende EU-lidstaten. Op dit moment worden nadere afspraken gemaakt met verschillende EU-lidstaten die interesse hebben om zich aan te sluiten. Zoals ik eerder heb aangegeven blijft de inzet van Nederland om, onder andere bij de afspraken die we maken met vaccinproducenten, om kwetsbare landen met vaccins te ondersteunen. Daarmee kom ik tegemoet aan de toezegging aan de fractie van GroenLinks in het debat op 4 juni jl.

Het streven is dat 50 tot 60 miljoen doses eind dit jaar worden geleverd, 60 tot 100 miljoen doses in het eerste kwartaal van 2021 en de rest tegen het einde van het tweede kwartaal. Deze vaccins worden tegen kostprijs geleverd. Wellicht ten overvloede wil ik nog benadrukken dat voorgaande onder voorwaarde is van een effectief en veilig vaccin en dat toediening pas kan plaatsvinden na toelating door de *European Medicines Agency* (EMA). Ook heb ik de Gezondheidsraad gevraagd advies uit te brengen over de inzet en eerste prioritering van coronavaccins om de bevolking te

¹⁸ Kamerstuk 25 295, nr. 421.

beschermen tegen COVID-19. De Gezondheidsraad zal hierbij ook internationale adviezen raadplegen.

De Europese Commissie heeft het belang van de door de eerdergenoemde vier landen opgerichte Vaccinalliantie onderstreept en erkent dat een verdere versnelling nodig is. Ik zie het als positief dat de Commissie met de EU Vaccin Strategie ook een stap naar voren zet, het is belangrijk dat we hierin samen optrekken. Deze strategie sluit aan bij de werkwijze van de Alliantie. De Commissie heeft de vier landen van de Inclusieve Vaccin Alliantie dan ook gevraagd om samen met de Commissie in een *Joint Negotiation Team* de al lopende, maar ook aankomende onderhandelingen voort te zetten en te gaan voeren. Doel is en blijft daarmee om zogenaamde *advanced purchase agreements* met private partijen af te sluiten. Daarbij heeft de Europese Commissie 2,7 miljard euro vanuit het *Emergency Support Instrument* (ESI) beschikbaar gesteld. We zijn uiteraard blij met deze beweging en stellen onze kennis en kunde graag ter beschikking. Op dit moment zetten we de gesprekken met kansrijke initiatieven dus met kracht voort en ik zal uw Kamer, zodra dat kan, uiteraard nader informeren.

Naast het afsluiten van *advanced purchase agreements* (APA's) bevat de EU Vaccin Strategie acties om de regelgeving en procedures te versnellen. Het gaat dan bijvoorbeeld om markttoelating door de EMA, flexibiliteit ten aanzien van het labelen en verpakken van vaccins, en regelgeving met betrekking tot genetisch gemodificeerde organismen. Vanzelfsprekend worden ook in het versnellen van de procedures absoluut geen concessies gedaan met betrekking tot de veiligheid en werkzaamheid van het vaccin.

Tot slot benadrukt de Europese Commissie in haar strategie het belang van en de inzet op universele toegankelijkheid en betaalbaarheid van COVID-19 vaccins, onder andere door het steunen van de WHO *call for global action* van 24 april, de financiële bijdragen voor CEPI en GAVI, de ACT-Accelerator en de Covid-19 pool. Ik vind het belangrijk dat we als Nederland de brede toegankelijkheid en beschikbaarheid op verschillende manieren blijven ondersteunen, zoals via de eerdergenoemde bijdragen aan het *pledging* event, CEPI, en de ondersteuning van de vrijwillige patent pool. Het kabinet heeft eerder tijdens een *pledging event* van de Europese Commissie 192 mln. Euro vrijgemaakt voor onderzoek en internationale initiatieven zoals de *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI). Daarop volgde tijdens de GAVI-Vaccine Summit nog eens 325 mln. euro om onder andere kwetsbare landen juist nu te steunen. Aanvullend daarop maken we specifiek voor de beschikbaarheid van kandidaat-vaccins voor kwetsbare landen in ieder geval 25 mln. euro extra vrij.

7. Innovatieve behandelingen

Naast de voortdurende inspanningen om snel een vaccin tegen het coronavirus tot onze beschikking te hebben, werken vele onderzoekers aan innovatieve behandelingen tegen COVID-19. Dit type behandelingen kan hopelijk bijdragen aan een beter en sneller herstel en ervoor zorgen dat patiënten minder restschade overhouden na besmetting met het coronavirus. Ik wil waar nuttig en mogelijk ook de ontwikkeling van dergelijke behandelingen verder helpen en er zo voor zorgen dat behandelingen zo snel mogelijk beschikbaar komen voor patiënten.

Om die reden investeert het kabinet breed in corona gerelateerd onderzoek. In mijn brief van 19 mei jl. heb ik u laten weten dat dit € 47,5 miljoen was en inmiddels is dit bedrag opgelopen naar € 67,5 miljoen. Deze € 20 miljoen bestaat uit een bijdrage van

€ 10 miljoen voor de inzameling van plasma door Stichting Sanquin Bloedvoorziening – zie verderop – en € 10 miljoen extra voor het ZonMw COVID-19 onderzoeksprogramma. Dat naast onderzoek voor innovatieve behandelingen en diagnostiek ook onderzoek bevat naar aandachtsgebieden als «zorg en preventie» en «maatschappelijke dynamiek». De extra middelen geven de deskundigen van ZonMw de mogelijkheid om de meest noodzakelijke en relevante onderzoeken te kunnen honoreren mits de wetenschappelijke kwaliteit geborgd is en stimuleer ik de ontwikkeling van innovatieve behandelingen.

Expertpanel innovatieve behandelingen

Het onderzoek wat in Nederland en wereldwijd gebeurd, vraagt ook om een duiding. Er is namelijk veel aandacht voor de zoektocht naar een effectieve behandeling, elke mogelijke wetenschappelijke doorbraak wordt breed uitgemeten. Tegelijkertijd weten we ook dat niet elke ontdekking zal leiden tot een medicijn of behandeling. Juist daarom is het belangrijk dat we deze ontwikkelingen goed duiden. In mijn eerdere brief van 3 juni jl. heb ik daarom aangekondigd een Expertpanel in te stellen. Dat doe ik samen met de NFU, CBG, CCMO en de FMS en ondersteund door ZonMw. Ik ben heel blij met de betrokkenheid van deze partijen met hun bereidwilligheid om hun expertise op dit vlak in te zetten. We werken daarbij nauw samen met de commissie van de NFU die het onderzoek in de academische centra coördineert. De belangrijkste taak van dit panel is om mij accuraat en tijdig te adviseren over kansrijke nieuwe behandelingen van COVID-19 en welke mogelijkheden er in Nederland zijn. Daarbij wordt ook gekeken naar het stadium van ontwikkeling waarin de behandeling zich bevindt, wat de nationale en internationale ontwikkelingen zijn en of ondersteunende acties vanuit het kabinet een bijdrage kunnen leveren. Het Expertpanel gaat deze week van start.

Over de status van enkele belangrijke innovatieve behandelingen wil ik u specifiek informeren:

1) *Remdesivir*

Remdesivir is het eerste antivirale middel dat voor ernstig zieke coronapatiënten ingezet kan worden. Op dit moment ligt remdesivir voor bij het EMA en is er nog geen Europese handelsvergunning voor remdesivir in de behandeling bij COVID-19. Ik ben al enige tijd in gesprek met de firma Gilead Sciences Nederland om dit middel voor Nederlandse patiënten beschikbaar te maken. Dit heeft geresulteerd in een donatie van een voorraad behandelingen door Gilead. Deze voorraad wordt beheerd door het RIVM. Remdesivir is in Nederland beschikbaar via een tijdelijke ontheffing («temporary exemption») en ziekenhuizen kunnen bij het RIVM een bestelling plaatsen om patiënten te behandelen. Remdesivir ontvangt in de tweede helft van juni mogelijk een positieve opinie van het beoordelingscomité van het EMA waarna een Europese handelsvergunning snel kan volgen. Om ervoor te zorgen dat remdesivir na registratie spoedig via de reguliere kanalen voor patiënten beschikbaar komt, heb ik het Zorginstituut gevraagd om een advies uit te brengen met een verkorte procedure tot toelating tot het zorgverzekeringspakket.

2) *Convalescent plasma*

Ik heb aan Stichting Sanquin Bloedvoorziening onlangs de opdracht verstrekt om plasma van herstelde coronapatiënten (zogenoemde convalescent plasma) grootschalig in te zamelen. Aan dit project draagt het Ministerie van VWS € 10 miljoen bij. Dit plasma bevat neutraliserende antistoffen. Deze antistoffen kunnen uit dit plasma worden gewonnen waardoor het een geneesmiddel wordt. Op dit moment onderzoekt een alliantie van internationale plasmageneesmiddelfabrikanten of een dergelijk geneesmiddel werkzaam en veilig is bij

de behandeling en preventie van COVID-19. Mocht uit klinisch onderzoek blijken dat dit het geval is dan zal de dochteronderneming van Sanquin, Sanquin Plasma Products BV (SPP), de productie van dit geneesmiddel ter hand nemen. SPP is aangesloten bij de genoemde alliantie.

3) *BCG vaccin*

Het Radboudumc en UMC Utrecht onderzoeken of het tuberculosevaccin (BCG-vaccin) op zorgmedewerkers en ouderen beter beschermt tegen een ernstige infectie met het coronavirus. Het vaccin beschermt niet direct tegen het coronavirus, maar kan bijdragen aan een milder verloop van de ziekte. Ik heb onlangs met de onderzoekers gesproken en vanwege de eerste bevindingen die deze onderzoekers met mij hebben gedeeld, heb ik de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over het aanbieden van BCG-vaccinatie bij COVID-19. Vooruitlopend op dit advies wil ik het onderzoek verder ondersteunen en bespoedigen door BCG-vaccins beschikbaar te stellen voor deze studies. Ik zal u op korte termijn informeren over het vervolg.

8. Kwetsbare personen

a) *Kwetsbare mensen in verpleeghuizen*

Bezoek verpleeghuizen

Voor bewoners, hun naasten en personeel van verpleeghuizen waren de afgelopen maanden zwaar. Veel bewoners werden ziek of zijn overleden. In zo'n moeilijke tijd is er juist behoefte aan contact met naasten. Ondanks alternatieven die werden verzonden, bleef het niet kunnen ontvangen van (fysiek) bezoek een groot gemis. Dit blijkt ook uit het verslag van de Academische Werkplaatsen van 8 juni jl. Het is daarom belangrijk dat de versoepeling van de bezoeksregeling op gang is gekomen (bijlage V)¹⁹.

Ik heb grote waardering voor de inspanningen van de verpleeghuizen, zeker in de afgelopen maanden. Bewoners en medewerkers hebben de afgelopen tijd veel meegemaakt. Zij hebben in moeilijke omstandigheden veel gedaan om hun bewoners en personeel te beschermen en tegelijkertijd veel aandacht gehouden voor de kwaliteit van leven van bewoners. Nu het aantal besmettingen op een fors lager niveau is gekomen, is het belangrijk om de ruimte die er is te benutten en elkaar weer te ontmoeten.

Als er geen besmetting is op de locatie, dan betekent dit dat er op voorhand geen beperkingen meer gelden voor het ontvangen van bezoek, noch wat betreft aantal bezoekers noch wat betreft de frequentie van bezoek. Dit geldt temeer voor de stervensfase, waarin het contact met naasten bijzonder waardevol is. Ook zijn bewoners vrij om naar buiten te gaan als zij dat wensen.

Het mogelijk maken van alle bezoek dient uiteraard in goed overleg binnen de instelling plaats te vinden en moet praktisch uitvoerbaar zijn. Net zoals de afgelopen maanden het geval was, blijf ik hierover in gesprek met de sector en doe hiermee mijn toezegging aan het lid Van der Staaij (SGP) gestand.

De inspanningen van verpleeghuizen om sinds 15 juni (meer) bezoek mogelijk te maken, hebben op veel locaties geleid tot ruimere mogelijkheden voor bezoek. Uit de monitor van de GGD'en blijkt dat zo'n 2.000 locaties open zijn voor bezoek. Er zijn nog 49 locaties (stand 22 juni) niet open voor bezoek vanwege een besmetting of omdat zij nog niet 14 dagen

¹⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

besmettingsvrij zijn. Dit betekent dus helaas dat een aantal locaties zonder COVID-19 nog geen bezoek toelaat.

Ik vertrouw erop dat alle locaties die COVID-vrij zijn nu ook de laatste stap zullen zetten naar het nieuwe normaal, met inachtneming van de 1,5 meter richtlijn.

Reactie op commissiebrief op bericht NRC van 19-6

Op verzoek van uw Kamer van 22 juni jl. informeer ik u over mijn reactie op het bericht in NRC van 19 juni jl. «Al vroeg alarm over tekort aan bescherming bij verpleeghuizen.»

Het is vooraf belangrijk om de context van het begin van de coronacrisis te schetsen: er was sprake van een uitzonderlijke situatie. Als gevolg van grensbepkeringen was het lastig bestelde voorraden beschermingsmiddelen daadwerkelijk geleverd te krijgen. Tegelijkertijd steeg de vraag explosief: deze werd zestig keer groter dan daarvoor. Het was logisch dat de schaarste zich zorgbreed deed voelen. Vanaf het begin hebben we in overleg met de brancheorganisaties van fabrikanten van medische hulpmiddelen de situatie in het land uitgevraagd, en actie ondernomen waar dat nodig was. In de maand februari dit jaar is van enkele zorginstellingen een concreet signaal ontvangen van vertraagde leveringen of een incidenteel tekort. Hierbij heeft VWS direct actie ondernomen en bemiddeld richting de betreffende leverancier.

Op 28 februari heeft het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO) geadviseerd over te gaan tot een centrale verdeling van beschermingsmiddelen, via de GGD-GHOR, in samenwerking met het ROAZ. Daarmee werd invulling gegeven aan de wettelijke taak van de directeur Publieke Gezondheid in om de continuïteit van zorg te borgen. Begin maart heeft VWS de veldpartijen hierover geïnformeerd. Onderdeel van de aanpak was dat zorgaanbieders zich konden melden bij de ROAZ en dat de ROAZ een onderlinge verdeling van de beschikbare voorraden maakten op basis van de behoefte. Dit gold ook voor de partijen in de langdurige zorg. Toen is afgesproken dat ook deze partijen zich bij tekorten konden melden bij de ROAZ en dan zo spoedig mogelijk persoonlijke beschermingsmiddelen geleverd konden krijgen, meestal binnen enkele uren. Indien VWS concrete signalen ontving vanuit de brancheorganisaties of vanuit individuele verpleeghuizen van tekorten aan PBM, werd daarop actie ondernomen en in contact met de betreffende ROAZ gezorgd dat (dreigende) tekorten zo goed mogelijk werden aangepakt. Vanaf dat moment heeft VWS de regionale inkopers met de centrale inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen geholpen. Samen met de NFU, het LNAZ en de GGD-GHOR werd de inkoop centraal gecoördineerd (Kamerbrieven 2, 10 en 17 maart jl.). Deze werkwijze is geformaliseerd met de oprichting van het LCH op 23 maart jl. Vanaf de start leverde het LCH persoonlijke beschermingsmiddelen aan zowel de curatieve als de langdurige zorg. Eind maart en de weken daarna ging bijvoorbeeld circa 50% van de chirurgische mondneusmaskers naar de langdurige zorg.

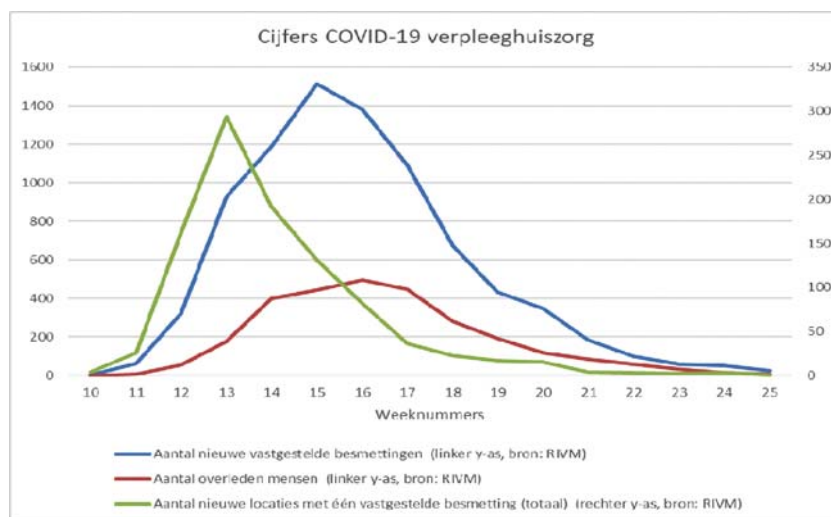
Vanaf 13 april jl. werd het nieuwe verdeelmodel van kracht, waarbij de verdeling van beschikbare voorraden van beschermingsmiddelen plaatsvond op basis van het besmettingsrisico in een specifieke behandel-situatie. Uitgangspunt van dit verdeelmodel is dat bij gelijke risico's gelijke bescherming nodig is, zowel in de langdurige zorg als in de curatieve zorg. ROAZ en LCH benutten dit uitgangspunt bij de afhandeling van de bestellingen van de zorgorganisaties bij het LCH.

De stand van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in verpleeghuizen is op dit moment als volgt:

- Het RIVM (peildatum 22 juni) schat dat tot nu toe bij 8.360 bewoners van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 2.800 mensen als overleden zijn gemeld.²⁰
- Op 1 januari 2020 woonden circa 120.000 zeer kwetsbare mensen in een verpleeghuis. Dit betekent dat bij bijna 7% van de bewoners COVID-19 is bevestigd en ruim 2% van de bewoners is overleden. Ongeveer de helft van de mensen die besmet raken, herstelt weer.
- Het aantal locaties waar sprake is (geweest) van een bevestigde besmetting van 1 of meer personen is 995.²¹ Dit is ongeveer 40% van het totaal aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het RIVM schat dat op 49 locaties nog sprake is van een COVID-19 besmetting. Dit getal is een schatting op basis van het aantal verpleeghuislocaties waar in de afgelopen 28 dagen sprake is van tenminste één vastgestelde COVID-19 besmetting op basis van een positieve test.

Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan neemt per week af. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van «nieuwe verpleeghuislocaties» met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting.

In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



Omzetting zorg subsidieregeling extramurale behandeling

Ik heb uw Kamer eerder geïnformeerd over de (bestuurlijke) afspraken over financiële zekerheid in de langdurige zorg²² en de continuïteit van Zvw-zorg in verband met COVID-19. Hieraan is voor de Wlz uitwerking gegeven in de «NZa-beleidsregel SARS-CoV-2 virus» en voor de Zvw in de

²⁰ Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

²¹ In de melding van bevestigde COVID-19 besmetting ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

²² Kamerstuk 25 295, nr. 200.

«Regeling continuïteitsbijdrage». Nu deze regelingen zijn vastgesteld, geef ik samen met Zorginstituut Nederland (ZIN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uitwerking aan het compenseren van omzetsderving voor geneeskundige zorg die wordt geleverd vanuit de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Hierbij wordt aangesloten bij de uitgangspunten uit de eerdergenoemde beleidsregel van de NZa. Met ZIN en ZN kijk ik daarbij naar een pragmatische uitwerking van compensatie van omzetsderving binnen de subsidiesystematiek met minimale administratieve lasten. De afspraken zullen leiden tot aanpassing van de tijdelijke subsidieregeling, die ik in het najaar zal publiceren.

Opschalen reguliere zorg

Het aantal mensen dat recht heeft op langdurige zorg is tijdens de COVID-19-uitbraak gedaald. Dat blijkt uit een rapportage over de effecten van de COVID-19-uitbraak voor de langdurige zorg gemaakt door de NZa. Een eerste rapportage wijst uit dat het aantal nieuwe indicaties voor de langdurige zorg tijdens de COVID-19-uitbraak is afgenomen. De intrede van de bezoekersregeling in zorginstellingen en de angst bij toekomstige bewoners en familieleden om besmet te raken met het coronavirus, heeft waarschijnlijk invloed gehad op een grotere afname van aanvragen, dan gebruikelijk. Daarnaast is er een duidelijke piek te zien in de sterftcijfers vanuit de Wlz. Het sterftcijfer in de verpleeghuiszorg ligt hoger dan het sterftcijfer in de gehandicaptenzorg. Wel is bij beide sectoren een verdubbeling van het sterftcijfer te zien ten opzichte van voor de COVID-19-uitbraak voorgaande weken. Hierin zijn ook regionale verschillen te zien. In totaal zijn in de periode van de COVID-19-uitbraak 5.224 meer mensen met een Wlz-indicatie overleden dan gemiddeld kon worden verwacht op basis van de voorgaande weken in 2020. Welk aandeel hiervan corona gerelateerd is, is niet te zeggen. Inmiddels lijkt er sinds enkele weken sprake te zijn van normalisering. Wanneer deze data gecombineerd wordt, betekent dit een daling van 2.465 mensen die recht hebben op langdurige zorg.

b) Kwetsbare mensen in gehandicaptenzorg

Stand van zaken routekaart versoepeling bezoekerregeling

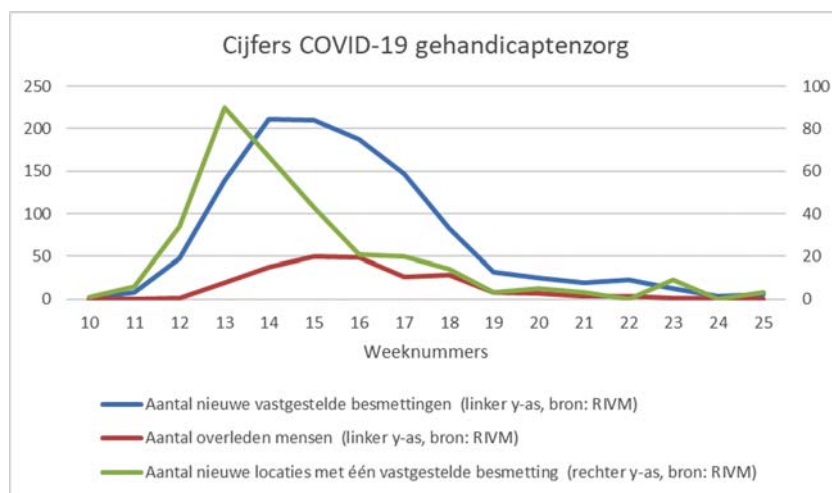
Om te monitoren hoe de bezoekerregeling in de gehandicaptenzorg wordt uitgevoerd, heeft Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) een enquête onder de leden uitgezet. VGN zal dat regelmatig herhalen. Op de eerste uitvraag hebben 53 zorgorganisaties gereageerd. De uitkomsten van de eerste enquête laten zien dat de verruiming van de bezoekerregeling daadwerkelijk op vrijwel alle plaatsen is ingezet. Daarbij valt op dat de data die op de routekaart staan eerder worden gebruikt als ingangsdatum dan als uiterste datum. Het grootste deel van de organisaties verwacht dat vrijwel alle cliënten op de data van de routekaart weer bezoek kunnen ontvangen, op bezoek kunnen gaan of weer kunnen logeren. Er is een grote variatie in afspraken hoe lang en hoe vaak iemand bezoek kan ontvangen. Dat geldt ook voor het gebruik van hulpmiddelen bij bezoek, zoals (plexi)glas of bezoek aan beide kanten van een raam: meer dan de helft van de zorgorganisaties zet een dergelijk hulpmiddel in. Ook zien we nog veel gebruik van mondkapjes wanneer de 1,5 meter afstand niet gehouden kan worden. Tot slot is opvallend is dat veel organisaties het nog lastig vinden om samen met cliënt (en verwant) invulling te geven aan afspraken over bezoek en logeren. Bij 60% van de respondenten wordt dit op een andere manier gedaan, namelijk door een manager of door het crisisteam. Samen met de betrokken veldpartijen is dit een aspect dat ik de komende weken goed wil monitoren en waar ik een verandering verwacht te zien.

De stand van het aantal COVID-19 besmettingen en COVID-19 sterfte in gehandicaptenzorginstellingen is op dit moment als volgt:

- Het RIVM (peildatum 22 juni) schat in dat tot nu toe bij bijna 1.154 bewoners van gehandicaptenzorginstellingen sprake is van een bevestigde COVID-19 besmetting, waarvan zo'n 230 mensen zijn overleden.²³ Het totaal aantal verdenkingen van een COVID-19-besmetting is 1.611 (peildatum 15 juni).²⁴
- Het aantal gehandicaptenzorglocaties waar sprake is van ten minste één bevestigde COVID-19 besmetting is 319.²⁵ Dit is ongeveer 13% van het totaal aantal locaties.

Net als bij de verpleeghuizen geldt bij de gehandicaptenzorginstellingen dat aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen of verdenkingen hiervan, over de afgelopen weken heen afneemt. Dit geldt ook voor het aantal mensen dat is overleden en het aantal meldingen van «nieuwe locaties» met minimaal één vastgestelde COVID-19 besmetting.

In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven.



c) Kwetsbare mensen thuis

Zicht op en inzicht in ontwikkelingen ouderen thuis

De motie van de leden Ellemee (GL), Bergkamp (D66) en Agema (PVV)²⁶ verzoekt de regering om samen met veldpartijen in gesprek te gaan hoe tijdig gesignaleerd en getest gaat worden bij verdenking op COVID-19 bij thuiswonenden ouderen en de Kamer over de inzichten uit deze monitor thuiswonende ouderen periodiek te informeren.

²³ Doordat tot april 6 na 1 of 2 positief geteste patiënten per afdeling/unit/woongroep niet breder getest werd, is er waarschijnlijk een aanzienlijke onderrapportage ten opzichte van het werkelijke aantal personen met een bevestigde COVID-19 besmetting.

²⁴ Dit cijfer komt uit registraties van een onlinedatabase. Omdat dit een vrijwillige registratie is, is deze registratie niet compleet. Ook hier geldt dat er sprake is van onder registratie.

²⁵ In de melding van bevestigde COVID-19 besmettingen ontbreken vaak gegevens, waardoor het voor het RIVM niet altijd is vast te stellen of het om een bewoner van een instelling gaat. Om daar toch een inschatting van te krijgen, koppelt het RIVM de postcodelocatie van de patiënt aan een lijst van postcodelocaties van instellingen.

²⁶ Kamerstuk 34 104, nr. 283.

Sinds 1 juni 2020 kan iedereen met klachten zich laten testen op het coronavirus. Zo controleren we de verspreiding van het virus en beschermen we elkaar. De motie van Ellemée e.a. roept op om een verdenking op Covid-19 bij thuiswonende ouderen tijdig te signaleren en hen aan te sporen gebruik te maken van de testmogelijkheid. Voor wijkverpleegkundigen is signaleren onderdeel van hun dagelijks werk. Zij zijn continu alert op de (gezondheids)situatie van hun cliënten en handelen daarnaar. Wijkverpleegkundigen vervullen daarnaast ook een signaleringsfunctie in hun wijk maar komen niet bij alle thuiswonende ouderen binnen. Huisartsen hebben aangegeven actief beleid te voeren om zicht te hebben en te houden op thuiswonende ouderen in hun praktijk. Het gezamenlijke bereik van wijkverpleegkundigen en huisartsen is daarmee groot. Beide beroepsgroepen zijn goed op de hoogte van de testmogelijkheden en zullen hier dan ook zeker naar verwijzen. Ik zal, in verband met het zo laag mogelijk houden van de registratielast, hiertoe geen separate monitor starten, maar gebruik maken van de testregistratie.

Bij de registratie van de testen (en besmetting) wordt ook de leeftijd geregistreerd. Omdat besmettingen bij verpleeghuizen zijn verbijzonderd in de registratie, is af te leiden wat het aantal besmettingen van ouderen thuis is. De registratie is beschikbaar op dag-basis en in het dashboard is een uitsplitsing naar leeftijd in cohorten van 20 jaar zichtbaar. Hieronder staat in de figuur deze registratie over de afgelopen weken, waarbij het aantal besmettingen uitsluitend op basis van testen wordt vastgesteld. Het goed volgen van besmettingen bij ouderen thuis kan onnodig risico op verdere verspreiding voorkomen. Het doel is dus niet zozeer de registratie, maar het juist kunnen handelen voor de huisarts en wijkverpleging. Het is daarom van belang dat iedereen die positief is getest dit zo snel mogelijk deelt met de huisarts en de wijkverpleegkundige.

Het RIVM (peildatum 22 juni) schat dat bij 8.370 ouderen van boven de 70 jaar die thuis wonen²⁷ een COVID-19-besmetting is bevestigd, waarvan ruim 2.400 mensen als overleden zijn gemeld.²⁸

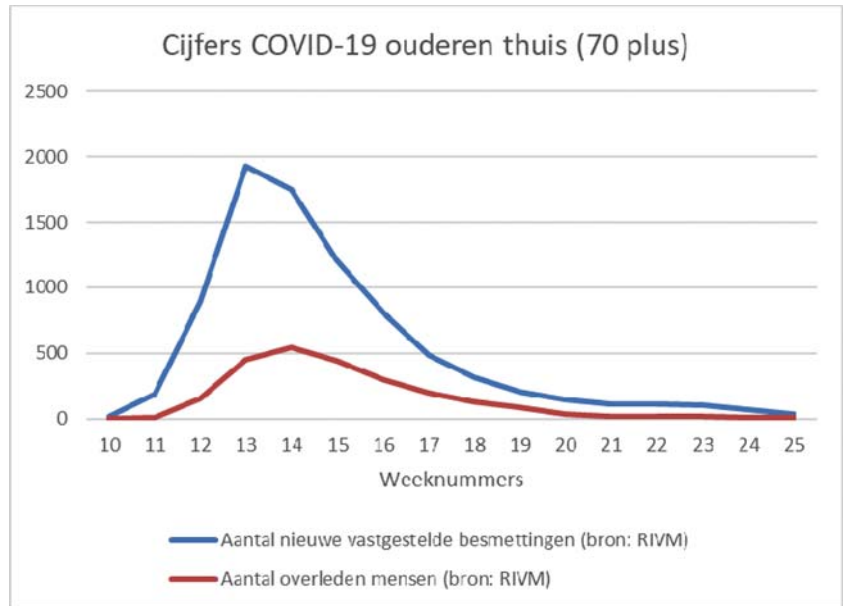
Uit cijfers van het CBS blijkt dat ruim 2,2 mln. mensen ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen. Dit betekent dat bij ongeveer 0,4% van de ouderen thuis een COVID-19 besmetting is bevestigd en 0,1% is overleden. Deze percentages liggen veel lager dan in de verpleeghuizen.

Het aantal nieuwe meldingen van COVID-19-besmettingen bij ouderen, die ouder zijn dan 70 jaar en thuis wonen neemt per week af. Dit geldt ook voor het aantal ouderen dat is overleden.

²⁷ Thuis wonen betekent dat mensen niet in een verpleeghuis of een gehandicaptenzorginstelling wonen.

²⁸ Sinds 1 juni kan iedereen zich met klachten laten testen. Toch is het aannemelijk dat niet alle COVID-19 patiënten getest worden. De werkelijke aantallen in Nederland zijn daarom waarschijnlijk hoger dan de aantallen die hier genoemd worden. Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten opgenomen in het ziekenhuis of overleden is hoger dan het aantal opgenomen of overleden patiënten gemeld in de surveillance, omdat de surveillance gebaseerd is op de informatie op het moment van melding.

In onderstaand figuur is deze ontwikkeling weergegeven



Dagbesteding

In de afgelopen periode is het overgrote deel van de dagbesteding, vaak in aangepaste vorm, weer opgestart. De meeste cliënten maken dus weer gebruik van een vorm van dagbesteding. Aanbieders en gemeenten werken hard aan het weer zo volledig mogelijk opstarten van de dagbesteding. Daarbij ervaren zij nog wel een aantal knelpunten. De belangrijkste knelpunten zijn: (i) schaarste aan geschikte locaties en (gekwalificeerd) personeel vanwege de beperkte groepsgrootte door de 1,5m richtlijn. Er zijn hierdoor meer groepen nodig om cliënten veilig dagbesteding te bieden; (ii) vervoer naar de dagbesteding voor sommige groepen kwetsbare mensen; (iii) ook vinden sommige cliënten of hun naasten dagbesteding of het vervoer ernaar toe te risicovol en blijven thuis. De angst besmet te raken leidt hierdoor soms onnodig tot zelf-isolatie.

Ondanks dat gemeenten en aanbieders zich gezamenlijk inspannen deze knelpunten zoveel mogelijk op te lossen, is het niet waarschijnlijk dat de dagbesteding na 1 september weer volledig op de gebruikelijke manier zal functioneren. Ook op de langere termijn blijven aanpassingen nodig. Een positief gevolg van de crisis is wel dat er interessante alternatieve vormen van dagbesteding tot stand komen, zoals een combinatie van dagbesteding in een groep op locatie en individuele begeleiding thuis. Zo lijkt het mogelijk nog meer maatwerk te leveren en meer gerichte ondersteuning te bieden. Ook is de samenwerking tussen gemeenten en aanbieders vaak veel intensiever en over het algemeen constructief.

Zorgen voor mensen met een beperking of chronische ziekte

Het zorgen dat mensen met beperking of chronische ziekte in gelijke mate mee kunnen delen in de geleidelijke versoepeling van maatregelen en daarmee naar een terugkeer naar het «gewone» leven, is één van de ambities van de COVID-19 strategie voor mensen met een beperking of chronische ziekte die in samenspraak met vertegenwoordigende cliëntorganisaties is opgesteld. De strategie biedt hiervoor een richting-

gevend kader. Deze heeft uw Kamer met mijn brief van 3 juni jl.²⁹ ontvangen.

De aangenomen motie van het lid Van den Berg (CDA) van 4 juni jl.³⁰ is daaraan ondersteunend. Deze motie verzoekt de regering, met het veld in overleg te treden hoe zich voor te bereiden op een terugkeer naar het «gewone» leven, dan wel hoe zich voor te bereiden op een mogelijke tweede golf, en de Kamer hierover na het zomerreces te informeren.

Dit betekent dat we de komende periode bezien wat de problemen zijn die mensen met een beperking of chronische aandoening, hun zorgverleners en naasten hebben ervaren ten tijde van de eerste golf (*lessons learned*) en wat dit betekent voor een eventuele tweede golf.

Uit overleg met de cliëntenorganisaties blijkt dat het deel van de doelgroep, dat verhoogd kwetsbaar is voor COVID-19, behoefte heeft aan concrete handvatten voor hoe zij hun leven veilig kunnen invullen zonder zich volledig af te zonderen van de samenleving of soms zelfs van hun eigen familie. Ik bekijk samen met de cliëntenorganisaties hoe we de aandacht voor deze doelgroep breed borgen over alle levensdomeinen, dus naast zorg ook onderwijs, vervoer, werk en toegankelijkheid van de publieke ruimte en van goederen en diensten.

De uitwerking van de strategie in concrete acties en het volgen van de effecten daarvan in de praktijk, zal plaatsvinden in nauwe samenwerking met bijvoorbeeld cliëntenorganisaties, VNG, VGN, KNV, VNO NCW MKB en betrokken departementen zoals SZW, BZK, I&W, OCW.

d) GGZ-cliënten

Bij brief van 19 mei informeerde ik u over de handvatten die de richtlijn «GGZ en COVID» biedt voor bezoek aan mensen in ggz-instellingen, en voor het hervatten van reguliere zorg door ggz instellingen. Inmiddels is de richtlijn op 9 juni jl. opnieuw geactualiseerd. Uit contacten van de IGJ met professionals, brancheorganisaties en cliëntenorganisaties komt naar voren dat de sector aanpassingsvermogen toont en op een cliëntgerichtheid wijze blijft inzetten op het bieden van passende zorg voor ggz-cliënten. Desondanks is het van belang dat we gezamenlijk breed aandacht blijven houden de manier waarop in overleg met cliënten en naasten passende zorg wordt geleverd.

e) Dak- en thuisloze mensen

Op 29 mei jl. heeft de Staatssecretaris van VWS een nieuwe richtlijn voor de opvang van dak- en thuisloze mensen gepubliceerd die aansluit bij de huidige fase van de crisis. Met deze richtlijn roept de Staatssecretaris gemeenten op te zorgen voor voldoende opvanglocaties waarbij de 1,5 meter norm gehanteerd kan worden en die tevens duurzaam en voor een langere periode ingezet kunnen worden (in aansluiting op de beoogde doelen van Een (t)huis, een toekomst). Dit is nodig nu deze norm langere tijd van kracht zal zijn en alternatieve voorzieningen als hotels en gymzalen steeds meer in gebruik genomen worden voor hun oorspronkelijke doeleinden. Het beeld is dat de uitvoering van de nieuwe richtlijn goed verloopt. Gemeenten werken in goed overleg met lokale stakeholders aan passende en duurzame opvang. Het Ministerie van VWS blijft de komende periode de ontwikkelingen met betrokken partijen actief volgen.

²⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 386.

³⁰ Kamerstuk 25 295, nr. 395.

9. Zorg voor patiënten in de curatieve sector

Het weer op normaal niveau brengen van de reguliere zorg heeft nog steeds mijn aandacht. Uit de laatste rapportages van de NZa³¹ en ook uit gesprekken met zorgbestuurders en zorgprofessionals blijkt dat dit de goede kant op gaat en dat de reguliere zorgverlening verder is uitgebreid. Dit betekent dat patiënten meer naar de huisarts gaan en waar nodig worden doorverwezen naar een specialist in het ziekenhuis of de ggz.

Het aantal verwijzingen naar de ziekenhuizen is inmiddels vrijwel gelijk aan het aantal verwijzingen in de weken voor het begin van de coronacrisis. In de cijfers van mei was nog sprake van beperkt herstel van het aantal reguliere behandelingen. Maar dit beeld kan vertekend zijn omdat mogelijk nog niet alle behandelingen in ziekenhuizen geregistreerd zijn. Hiermee rekening houdend lijkt zich in sommige regio's en bij bepaalde specialismen een lichte stijging in patiëntcontacten af te tekenen in mei. In de cijfers van juni zal bezien moeten worden in welke mate de effecten van de anderhalvemetersamenleving voor de behandelingen in de ziekenhuizen en de capaciteit van het zorgpersoneel hierop van invloed zijn.

Het aantal verwijzingen naar de ggz zit nu op 86% van het aantal verwijzingen in dezelfde periode vorig jaar. Kijkend naar de wachttijden in de ggz constateert de NZa dat er slechts kleine veranderingen in de gemiddelde aanmeldwachttijden in april en mei zijn en dat de totale wachttijden voor patiënten nauwelijks zijn veranderd. Ook in de mondzorg zien we dat de zorg verder opstart. Praktijken zitten inmiddels op circa 90% van de omzet vergeleken met een jaar eerder.

De analyses van de NZa geven, naast inzicht in de effecten van de COVID-19 uitbraak op de verschillende sectoren, ook houvast om te kijken of de zorg zich weer normaliseert. In de komende tijd zullen daarom geactualiseerde versies van de verschillende rapportages uitgebracht (blijven) worden. Daarnaast voert de NZa momenteel analyses uit naar het effect van de crisis op de wijkverpleging en de huisartsenzorg. Deze rapportages volgen dus nog en uw Kamer wordt daarover te zijner tijd geïnformeerd.

Opschaling IC-capaciteit

Zoals ik in mijn brief van 19 mei en 3 juni jl. heb aangegeven heeft de Minister voor MZS het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om met een plan te komen over de opschaling van de IC-capaciteit. Het LNAZ is samen met betrokken veldpartijen intensief aan de slag om dit plan op te stellen.

Het plan zal ingaan op verschillende aspecten rondom de opschaling zoals personeel en opleidingen, landelijke en regionale afspraken, het benutten van IC-capaciteit in Duitsland, vervoer en de financiën. De aanbidding van het plan is voorzien rond eind juni, waarna de Minister van MZS uw Kamer hierover zal informeren.

³¹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_311730_22/1/, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_311742_22/1/, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_311740_22/1/.

10. Personeel in de zorg

Inzet personeel bij opstarten reguliere zorg

De Minister voor MZS is met werkgeversorganisaties en de vakbonden in gesprek over de recuperatietijd van zorgverleners en de vraag hoe de recuperatietijd beter kan worden gemonitord. De Minister voor MZS heeft dit toegezegd in het debat van 4 juni jl. De vakbonden hebben in deze gesprekken aangegeven dat het bij het opstarten van de reguliere zorg belangrijk is om alle geledingen van zorgmedewerkers op een afdeling te betrekken bij dit proces. Hoewel ziekenhuizen zelf verantwoordelijk zijn voor het opstarten van de reguliere zorg, lijkt het de Ministers voor MZS niet meer dan logisch dat zorgmedewerkers bij dit proces nauw worden betrokken. Het gaat hierbij immers ook over de beschikbare capaciteit van zorgpersoneel. Uit signalen die de Minister voor MZS krijgt van de NZa ten aanzien van het opschalen van zorg, begrijpt hij dat ziekenhuizen de knelpunten, zoals personeelstekorten en benodigde recuperatietijd, onderkennen en hiermee rekening houden. Dit signaal is door de NFU en NVZ bevestigd.

Ook voor wat betreft het opschalen van de IC-capaciteit is het belangrijk om verpleegkundigen goed te betrekken. Daarom is aan de LNAZ nadrukkelijk gevraagd – zoals toegelicht in mijn brief van 3 juni jl.³² – om het draagvlak en de personele aspecten, zoals opleidingen, werkwijze en rusttijden, goed in het opschalingsplan in beeld te brengen.

Gelet op het voorgaande speelt de medezeggenschap van verpleegkundigen op veel aspecten een belangrijke rol. Om die reden is een zorgbreed advies gevraagd aan de Chief Nursing Officer (CNO) over de positionering van verpleegkundigen. De CNO heeft de Minister voor MZS laten weten dat haar advies eind augustus komt en enigszins vertraagd is door haar betrokkenheid bij andere adviezen. Ook acht zij het van belang om in gesprek te gaan met de verschillende stakeholders om zo uitgebreider advies te kunnen geven over de sectoren heen. De Minister voor MZS zal uw Kamer over het advies informeren.

Bonussen personeel in de zorg

Ik wil nogmaals benadrukken dat zorgverleners of zorgmedewerkers de afgelopen maanden een buitengewone prestatie hebben geleverd en overigens nog steeds leveren. Ik zou dat graag waarderen in de vorm van een financiële beloning, zoals dat ook door uw Kamer gevraagd is via de motie van mevrouw Van Kooten-Arissen³³. Uitgangspunt moet zijn dat deze beloning rechtvaardig, evenwichtig en goed uitvoerbaar is. Tegen die achtergrond is het dan ook van belang om vakbonden en zorgwerkgevers te betrekken. Er is een verkenner, in de persoon van dhr. W. Kooijman, gevraagd om met deze partijen te verkennen hoe de beloning eruit kan zien en hoe die goed uitvoerbaar is. Op het moment dat de verkenning is afgerond, informeer ik uw Kamer over de bevindingen.

11. Tijdelijke wet maatregelen COVID-19

De afgelopen weken heeft het kabinet ook hard gewerkt aan het voorstel voor de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19. Het conceptwetsvoorstel is voor het Pinksterweekeinde ter consultatie voorgelegd aan een groot aantal betrokken organisaties. Die organisaties hebben het kabinet op heel korte termijn van zeer waardevolle adviezen kunnen voorzien. Het kabinet

³² Kamerstuk 25 295, nr. 386.

³³ Kamerstuk 25 295, nr. 171.

is hen daarvoor zeer erkentelijk. Met die adviezen kon de conceptversie op belangrijke punten worden aangescherpt en verbeterd. Op 10 juni jl. is het wetsvoorstel voorgelegd aan de Raad van State, die daarover op 17 juni advies heeft uitgebracht.

Het kabinet streeft ernaar het wetsvoorstel spoedig aan uw Kamer aan te bieden. Een zorgvuldige behandeling in de Tweede en Eerste Kamer vergt tijd en aandacht. De beoogde inwerkingtreding per 1 juli is inmiddels niet meer haalbaar.

In de huidige fase van de bestrijding zijn steeds meer maatregelen versoepeld en is de inzet van noodverordeningen beperkter en minder ingrijpend dan in de beginfase. Tot de invoering van de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 blijft er de mogelijkheid op basis van de Wet publieke gezondheid aan de voorzitters van de veiligheidsregio's aanwijzing te geven.

12. Caribisch Nederland

De laatste gegevens van het Caribisch deel van het Koninkrijk laten het volgende besmettingsbeeld over de afgelopen periode zien: Aruba (101), Sint Maarten (77), Curaçao (23), Sint Eustatius (2), Saba (3) en Bonaire (2). Het aantal actieve besmettingen ligt veel lager. Alleen Curaçao heeft recent een aantal nieuwe besmettingen gehad, allen repatrianten. In Caribisch Nederland is het aantal besmettingen nu 0. Thans zijn er op Curaçao, Sint Maarten en Aruba geen ziekenhuisopnamen en liggen er geen patiënten op de IC.

Op Sint Maarten zijn inmiddels 15 mensen overleden aan de gevolgen van COVID-19. Op Aruba zijn 3 mensen overleden en op Curaçao is 1 persoon overleden aan de gevolgen van COVID-19. De epidemiologische situatie is stabiel en de eilanden hebben maatregelen genomen om intern af te schalen.

Derde OMT-advies Cariben

Op 3 juni 2020 is er een derde specifiek OMT-advies Cariben opgeleverd. Dit advies vindt u als bijlage bij deze brief (bijlage VI)³⁴. Dit OMT-advies stond grotendeels in het teken van de vraag hoe de eilanden weer open kunnen gaan voor toerisme. Het OMT stelt dat een belangrijke voorwaarde hierbij is dat de publieke en curatieve zorg op orde is. Op basis van dit advies treffen Curaçao, Aruba, Sint Maarten en Bonaire maatregelen om zo snel mogelijk toeristen toe te laten. Er is overleg met Caribisch Nederland over wanneer en onder welke voorwaarden de eilanden weer toeristen kunnen toelaten.

Gegeven de beperkte medische capaciteit hebben Saba en Sint Eustatius aangegeven op korte termijn niet open te willen gaan voor toeristen. Dit is mede ingegeven door het feit dat zij minder afhankelijk zijn van toerisme dan Bonaire. Zij willen zich wel soepeler opstellen voor reisverkeer met een medisch doel (inclusief studenten van de medische universiteit), voor werknemers van belangrijke projecten en voor mensen met een tweede huis op het eiland, zolang men zich houdt aan de regel van 2 weken quarantaine na aankomst op het eiland.

Vanuit Nederland worden de eilanden ondersteund bij de verdere versterking van de diensten publieke gezondheid en het op peil houden van de IC-capaciteit. Door het wegvallen van de mogelijkheid om patiënten naar Colombia te sturen, worden de ziekenhuizen in het

³⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Caribische deel van het Koninkrijk in positie gebracht zodat de meerderheid van de ziekenhuiszorg binnen het verband van het Koninkrijk plaats kan hebben. De ziekenhuizen gaan hiervoor een samenwerkingsverband aan. Zodra dit meer vorm en inhoud heeft gekregen, zal de Staatssecretaris u daarover informeren.

13. Financiën

Het is belangrijk dat zorgaanbieders zich geen zorgen hoeven te maken over hun financiële positie en zich maximaal kunnen richten op het leveren van de noodzakelijke en veilige zorg tijdens de crisis en daartoe ook in staat blijven als we de crisis achter ons hebben gelaten. Ik heb daarom de afgelopen maanden intensief overleg gevoerd en afspraken gemaakt met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland (ZiNL) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De afspraken in de verschillende domeinen gingen steeds uit van een aantal uitgangspunten: het verschaffen van liquiditeit, het compenseren van tijdelijke omzetsderving en het vergoeden van extra kosten die samenhangen met de coronacrisis. Bij de uitwerking in de verschillende domeinen is steeds zoveel mogelijk uniformiteit betracht, hoewel verschillen in wet- en regelgeving en karakter in de stelsels maken dat de uitwerking tussen de verschillende domeinen toch enigszins verschilt. Als bijlage stuur ik een volledig overzicht mee van de financiële maatregelen die, buiten de rijksregelingen, door mij en de Minister voor MZS, zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten zijn getroffen om aan bovengenoemde doelstellingen te kunnen voldoen (bijlage VII)³⁵. Hieronder volgt een kort overzicht van de stand van zaken van de regelingen voor zorgaanbieders die vallen onder de zorgverzekeringswet, de langdurige zorg, het sociaal domein en het pgb.

Stand van zaken zorgverzekeringswet

De continuïteitsbijdrageregeling voor zorgaanbieders met een omzet kleiner dan 10 mln. euro is gefaseerd opengesteld sinds 15 mei 2020. Het doel van deze regeling is de zorgaanbieders te compenseren voor tijdelijke omzetsderving als gevolg van de coronacrisis. Voor ggz-aanbieders geldt (ten opzichte van andere sectoren) een aangepaste regeling, die rekening houdt met de trajectbekostiging in de ggz. Zorgverzekeraars zijn voor een specifieke continuïteitsbijdrageregeling voor zorgaanbieders met een omzet groter dan 10 mln. euro op dit moment nog in gesprek met vertegenwoordigers van deze zorgaanbieders. De verwachting is dat deze regeling rond 1 juli a.s. gereed is. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de regeling in de Zvw en zij besluiten dus ook over het wel of niet verlengen daarvan.

Stand van zaken langdurige zorg

De maatregel compensatie omzetsderving maakt deel uit van een set aan financiële maatregelen die als gezamenlijk doel heeft de continuïteit van zorg op de korte termijn te garanderen en de continuïteit van (het) zorg(landschap) op langere termijn te borgen. Aanvankelijk betrof de compensatie omzetsderving (voor doorlopende kosten) een maatregel voor de periode 1 maart tot 1 juni. In mei heb ik besloten de maatregel te verlengen tot 1 juli 2020. In mijn brief aan de Tweede Kamer van 12 juni jl. heb ik het perspectief geschetst voor de periode na 1 juli. Hiermee geven we aanbieders in de langdurige zorg de ruimte om op te starten. Dit ziet er als volgt uit:

³⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- Verlengen voor de intramurale gehandicaptenzorg inclusief extramurale dagbesteding alsook intramurale ggz tot 1 augustus 2020;
- Verlengen voor de intramurale ouderenzorg tot 1 september 2020;
- Beëindigen voor de overige onderdelen van de langdurige zorg per 1 juli 2020;

Voor uitzonderlijke situaties vraag ik de NZa om de beleidsregel aan te passen, zodat zorgkantoren de mogelijkheid krijgen om tot uiterlijk 31 december 2020 maatwerkafspraken te maken. De uitwerking van deze uitzonderingsregeling vergt nog nadere afstemming met de NZa en ZN.

Bovengenoemde maatregelen hebben betrekking op zorg in natura die vanuit de contracteerruimte Wlz wordt gefinancierd. Met betrokken partijen zijn aanvullende afspraken gemaakt om ook de aanbieders van zorgvormen die niet vanuit de contracteerruimte worden gefinancierd tot 1 juli 2020 te ondersteunen om de continuïteit van zorg te borgen. Het gaat hierbij om leveranciers van mobiliteits- en persoonsgebonden hulpmiddelen aan de Wlz-cliënten in een instelling die hier volgens de Wlz aanspraak op hebben en aanbieders van mondzorg aan Wlz-cliënten die verblijven in een instelling waar verblijf inclusief behandeling wordt geleverd (hierna: Wlz-mondzorgaanbieders). Bij hulpmiddelen is aan ZN gevraagd de tijdelijke maatregelen uit te werken op basis van de gemaakte afspraken. Voor mondzorg geldt dat de NZa wordt gevraagd haar beleidsregel SARS-CoV-2 virus – BR/REG-20158 zo aan te passen dat ook Wlz-mondzorgaanbieders een beroep kunnen doen op een compensatie van doorlopende kosten. Er zijn een paar mondzorgaanbieders die liquiditeitsproblemen ervaren, omdat de mondzorg die zij leveren voornamelijk uit de Wlz bekostigd wordt. Voor deze aanbieders is afgesproken dat zij een voorschot kunnen aanvragen bij het betreffende zorgkantoor, vooruitlopend op de aanpassing van de genoemde beleidsregel van de NZa. ZN en het CAK hebben hiervoor een proces ingericht.

Stand van zaken Sociaal Domein

De continuïteitsbijdrage (doorbetaling omzet) in het sociaal domein wordt beëindigd per 1 juli. Vanaf die datum vervalt de oproep aan gemeenten om hun aanbieders voor 100% door te betalen.

Er geldt één specifieke uitzondering, te weten het (sociaal-recreatieve) vervoer in de Wmo (bijvoorbeeld regiotaxi), omdat daar naar verwachting – ook gezien het huidige aantal geboekte ritten – nog langere tijd sprake is van vraaguitval. Door de sector zijn protocollen ontwikkeld ter bescherming van passagiers en chauffeurs, maar uiteindelijk is het aan de mensen om weer gebruik te maken van het vervoer. De oproep aan gemeenten is om lokaal actief met betrokken partijen het overleg aan te gaan gericht op de continuïteit van het regionale en lokale vervoer en om met vervoerders gerichte continuïteitsafspraken te maken voor de periode tot 1 september 2020. Gemeenten houden daarnaast de mogelijkheid om maatwerk te verlenen als daartoe aanleiding is, gegeven hun wettelijke taak. Voor de uitvoering van het Valysvervoer, het bovenregionale sociaal-recreatieve vervoer voor mensen met mobiliteitsbeperkingen, is de verlenging van de continuïteitsafspraken op dit moment nog onderwerp van overleg.

De compensatie van meerkosten wordt verlengd tot 1 januari 2021. Hiermee wordt de einddatum van deze regeling in het sociaal domein gelijkgetrokken met de Wlz. De notitie «uitwerking meerkosten Jeugdwet en Wmo – VNG en Rijk» biedt het kader voor wat onder meerkosten wordt verstaan. Meerkosten dienen aantoonbaar te zijn en doen zich pas voor wanneer een aanbieder dit niet binnen zijn reguliere contract kan opvangen. De basis van de meerkosten zijn de coronamaatregelen van het kabinet en de RIVM-richtlijnen. Gemeenten worden, zoals eerder

overeengekomen, voor deze meerkosten gecompenseerd door het Rijk. Hiertoe wordt op macroniveau de omvang van de meerkosten bepaald. Dit wordt in principe via de gebruikelijke verdeelmodellen verdeeld over gemeenten. Mocht dit een verdeelvraagstuk opleveren, dan dient dit binnen de macro-omvang van de compensatie opgelost te worden.

Stand van zaken PGB

In het notaoverleg Care van 15 juni jl. is gevraagd toe te lichten hoe omzetverlies als gevolg van de coronacrisis voor pgb-gefinancierde wooninitiatieven gecompenseerd kan worden (Kamerstukken 34 104 en 31 765, nr. 298). Na de uitbraak van de coronacrisis zijn, in overleg met ZN en de NZa, enkele maatregelen genomen om de continuïteit van zorgverlening aan pgb-houders te waarborgen. Deze maatregelen maken het mogelijk dat niet-geleverde zorg en extra en/of duurdere zorg tijdelijk vanuit het pgb gedeclareerd kan worden. Hierbij kan worden gedacht aan het betalen van gedeclareerde zorg, ook als deze door een wooninitiatief niet is geleverd. Deze situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen als de pgb-houder tijdelijk elders woont.

De Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ) heeft gesignaleerd dat deze maatregelen niet in alle gevallen toereikend zijn om financiële problemen bij kleinschalige pgb-gefinancierde Wlz-wooninitiatieven te voorkomen. Het betreft hier met name financiële problemen die ontstaan als bewoners overlijden en op korte termijn nog geen nieuwe bewoners zijn. Door het overlijden van een budgethouder vervalt het pgb en is het niet mogelijk de kosten van zorgpersoneel uit dit pgb door te betalen. Onder normale omstandigheden is dit een regulier bedrijfsrisico. Echter, vanwege COVID-19 overlijden meer bewoners en is het moeilijker de lege plaatsen weer bezet te krijgen. Ik vind de continuïteit van zorg in een pgb-wooninitiatief belangrijk en zeker ook voor de pgb-houders die in deze wooninitiatieven verblijven en heb daarom met betrokken partijen verkend welke oplossing voor deze specifieke situatie getroffen kan worden.

Dit heeft ertoe geleid dat is besloten de compensatie te gaan regelen via de Extra Kosten Corona regeling (EKC-regeling). Deze EKC-regeling wordt uitgebreid voor pgb-houders in kleinschalige wooninitiatieven die als gevolg van leegstand in financiële nood raken. De overgebleven pgb-houders in het wooninitiatief kunnen dan tijdelijk extra budget krijgen om een deel van de weggevallen zorginkomsten van het wooninitiatief te compenseren. Het gaat hierbij uitdrukkelijk om een tegemoetkoming van dat deel van de weggevallen zorginkomsten dat nodig is om de continuïteit van zorg in het wooninitiatief te waarborgen. Overige inkomsten die het initiatief misloopt, zoals huurinkomsten, worden en kunnen niet uit het pgb worden gecompenseerd. Zorg en wonen is immers gescheiden bij het pgb, waardoor huur nooit met een pgb betaald mag worden. Momenteel werk ik, in overleg met ZN, zorgkantoren, de NZa en BVKZ de details van deze oplossing uit, zodat indien nodig wooninitiatieven hier op korte termijn gebruik van kunnen maken.

Gebruik rijksregelingen in de zorg

De cijfers van het gebruik van de Rijksregelingen laten zien dat er binnen de sector Zorg en Welzijn circa 14 duizend aanvragen zijn gedaan voor de NOW-regeling (tot aan 3 juni). Voor de TOGS-regeling (tegemoetkoming in vaste lasten) gaat het om vergelijkbare totaalcijfers. De aanvragen bij de TOGS zijn naar deelsector uitgesplitst en opvallend daarbij is dat tot op heden op deze regeling juist meer tandartsen dan fysiotherapeuten een beroep hebben gedaan.

14. Rechtmatigheid uitgaven

Ik wil er bij deze gelegenheid op wijzen dat de Corona-gerelateerde uitgaven en verplichtingen van het kabinet met grote spoed en onder zeer grote druk tot stand zijn gekomen. Vanwege het spoedeisende karakter van deze maatregelen is ten aanzien van de uitgaven en verplichtingen het risico op fouten en onzekerheden in de rechtmatigheid in beginsel groter. Dit risico wordt onderkend en inspanningen zullen erop gericht zijn om dit risico zoveel mogelijk te beheersen. Eén van deze beheersingsmaatregelen is om als hoofdregel te hanteren dat conform wet- en regelgeving wordt gehandeld en daarbij te bezien in hoeverre een beroep kan worden gedaan op wettelijk toegestane uitzonderingsgronden. Zo mag VWS bij aanbestedingen een beroep doen op de uitzonderingsgrond «dwingende spoed», zodat goederen en diensten direct bij één marktpartij mogen worden verworven. Ik sluit op voorhand niet uit dat het spoedeisende karakter niet in alle gevallen te verenigen is met de comptabele wet- en regelgeving. Dit zou kunnen leiden tot onzekerheden of fouten in de rechtmatigheid. Deze gevallen zullen, conform de *comply or explain*-regel, aan uw Kamer toegelicht worden.

15. Lessons Learned

Op 15 juni jl. heb ik uw Kamer een brief³⁶ gestuurd waarin uiteen is gezet hoe het kabinet de uitvoering van diverse moties³⁷ ten behoeve van het trekken van lessen voor ogen heeft. In die brief is aangegeven dat het kabinet de wens van uw Kamer deelt om lessen te trekken uit de ervaringen van de afgelopen maanden gericht op het voorkomen en bestrijden van een eventuele tweede golf. Op 16 juni jongstleden heeft uw Kamer de motie van de leden Asscher en Marijnissen³⁸ aangenomen waarin het kabinet wordt opgeroepen «zich voor 1 september onafhankelijk te laten adviseren over welke lessen geleerd kunnen worden van de maatregelen die zijn genomen om het virus te bestrijden en waar deze aanpassing, wijziging of uitbreiding behoeven in het geval dat het aantal besmettingen toeneemt.»

De hierboven genoemde moties sluiten aan bij de aanpak zoals het kabinet voor ogen heeft. Een brede, onafhankelijke blik over verschillende aspecten van deze crisis is cruciaal voor het daadwerkelijk kunnen leren voor de toekomst. Om dit te borgen vragen we inhoudelijke deskundigen om inbreng te leveren op de voorgestelde thema's.

Deze geleerde lessen moeten in combinatie met de signalen uit het dashboard een mogelijke opleving van het virus zo snel mogelijk indammen. Dit is in ieders belang.

Thema's voor analyse

Op grond van de ervaringen uit de vorige fase van de coronacrisis zijn acht thema's op voorhand relevant om te beschouwen in het licht van de volgende fase. Ter illustratie vindt u hieronder per thema voorbeelden van onderwerpen die aan de orde zullen komen.

³⁶ Kamerstuk 25 295, nr. 422.

³⁷ Moties Veldman (Kamerstuk 25 295, nr. 392), Asscher (Kamerstuk 25 295, nr. 400), Van den Berg (Kamerstuk 25 295, nr. 395), Marijnissen/ Bergkamp (Kamerstuk 25 295, nr. 396), Dik Faber (Kamerstuk 25 295, nr. 402).

³⁸ Motie van de leden Asscher/Marijnissen (Kamerstuk 25 295, nr. 399).

- 1) *Beschikbaarheid persoonlijke beschermingsmiddelen:*
De in beperkte voorraad binnen zorginstellingen in zowel de curatieve en langdurige zorg en de grote afhankelijkheid van de productie buiten Europa zijn een belangrijk leerpunt bij de voorbereiding op een tweede golf.
- 2) *IC-capaciteit:*
Hoe is het inzicht in gegevens meer real-time te organiseren? Flexibel opschalen naar 1700. Het gaat dan zowel om patiëntgegevens als om real-time monitoring in één systeem van de beschikbaarheid en bezetting van bijvoorbeeld COVID en non-COVID bedden (op de IC's en op de klinische bedden) in de ziekenhuizen.
- 3) *Testen en traceren:*
Hoe borgen we blijvend voldoende capaciteit, effectiviteit en landelijke sturing? Hoe is de doorlooptijd van de diagnostische keten verder te verbeteren?
- 4) *Effecten op de reguliere zorg:*
Hoe kan de reguliere zorg in de hele keten zoveel als mogelijk doorgaan? Dus niet alleen een focus op de patiënten op de IC-bedden, maar ook de instroom, doorstroom en uitstroom op de klinische bedden, de verpleeghuizen, de wijkverpleging en thuiszorg etc.
- 5) *Generieke lockdownmaatregelen:*
Op wat voor wijze kunnen op regionaal niveau maatregelen ingezet worden? De modelverordening voor de veiligheidsregio's zal voor dit maatwerk ook beter geëquipeerd moeten worden. Door differentiatie toe te passen zal het maatschappelijk draagvlak naar verwachting groter zijn en de sociaaleconomische consequenties beter te overzien.
- 6) *Werking en opzet van het dashboard:*
Het eerste dashboard is er en dat breiden we de komende periode verder uit.
- 7) *Langdurige zorg:*
Met de motie Marijnissen/ Bergkamp verzoekt de Tweede Kamer de regering in overleg te treden met onafhankelijke experts (ouderengeneeskunde en hygiëneveiligheid), cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties en brancheorganisaties, waarbij de ervaringen van medewerkers in de zorg worden meegenomen, en lessen te formuleren over de genomen maatregelen en het te voeren beleid binnen verpleeghuizen in de nabije toekomst. De Tweede Kamer kan de invulling van deze motie voor het reces tegemoet zien. Deze betrekken we in de bredere aanpak van de lessons learned.
- 8) *Internationale goede praktijken:*
Welke lessen op bovenstaande thema's kunnen we trekken uit de goede praktijken uit andere landen.

Brede consultatie van deskundigen bij de aanpak

De inzet van onafhankelijke deskundigen vanuit verschillende perspectieven bij de voorbereiding van onze «gereedheidskist» voor het najaar is onontbeerlijk. Zij kunnen ons helpen om zicht te krijgen op de impact en gevolgen van maatregelen in combinatie met de ideeën voor wat nog beter kan en hoe dan.

Daarbij is het belangrijk dat we deskundigen van diverse achtergronden aan tafel uitnodigen: deskundigen die kunnen meedenken vanuit gezondheids-, sociaal-maatschappelijk en economisch perspectief. Dit alles in de brede zin van het woord. We willen geen deskundigen uitsluiten – er is geen «gesloten lijst». We betrekken wetenschappers, internationale ervaring, veldpartijen, professionals en maatschappelijke organisaties bij het formuleren van lessen voor de toekomst. Dit proces

vraagt ook duidelijke verwachtingen. Daarom brengen we focus aan in de onderwerpen en vragen we deskundigen om een gerichte bijdrage op een thema.

Op deze thema's zullen we langs deze en andere vragen de komende periode lessen trekken voor een eventuele nieuwe toename van besmettingen. Omdat niemand weet wanneer en of zich een eventuele toename van het aantal besmettingen zal aandienen, is het belangrijk om op korte termijn die «gereedschapskist» gereed te hebben. Ik zal de ingewonnen adviezen en de conclusies van het kabinet vóór 1 september 2020 aan uw kamer toesturen.

Beleidsvaluatie door Onderzoeksraad voor Veiligheid

Zoals gesteld in de brief van 15 juni³⁹ zal de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) op verzoek van het kabinet een beleidsvaluatie naar de aanpak van de crisis uitvoeren. Deze zal gericht zijn op het evalueren van het beleid van de crisisaanpak van de rijksoverheid en andere partijen met als belangrijkste doelen om terug te kijken, te verantwoorden en om ons op mogelijk toekomstige pandemieën voor te bereiden. De Raad is zich aan het voorbereiden op deze evaluatie door het proces nauwlettend te volgen, maar doet op dit moment nog geen uitvoerend onderzoek bij de betrokken partijen zelf omdat die nog volop bezig zijn met het bestrijden van de crisis. Daarbij geldt bovendien dat nog niet alle informatie over de effectiviteit en impact van maatregelen beschikbaar is. De aanpak van het kabinet voor nu is concreter en meer gericht op het voorkomen van c.q. het beter bestrijden van een mogelijke 2^e golf in de COVID-19-epidemie

Tot slot

De grote vrijheid waarmee we de zomer ingaan, gaat gepaard met een grote verantwoordelijkheid om het virus onder controle te houden. Dat moeten we met elkaar doen. Wij kunnen wel klaar zijn met het virus zijn, het virus is nog niet klaar met ons. Wereldwijd is het aantal nieuwe besmettingen hoger dan ooit. De enige manier om de tweede golf te voorkomen, is door ons gezond verstand te gebruiken en ons verantwoordelijk te voelen voor de bescherming van elkaar. Het feit dat we in de controlefase terecht zijn gekomen koesteren we, en daar blijven we aan werken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

³⁹ Kamerstuk 25 295, nr. 422.